

Selvskading hos pasienter med en dissosiativ identitetslidelse

*Tilnærming og forståelse - en interpretativ
fenomenologisk analyse*

Carmen Torres



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

21.10.2014

Selvskading hos pasienter med en dissosiativ identitetslidelse

*Tilnærming og forståelse - en interpretativ
fenomenologisk analyse*



Carmen Torres

Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt
UNIVERSITETET I OSLO - 21.10.2014

Copyright Carmen Torres

2014

Selvskading hos pasienter med en dissosiativ identitetslidelse. Tilnærming og forståelse.

Carmen Torres

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Forfatter: Carmen Torres

Tittel: Selvskading hos pasienter med en dissosiativ identitetslidelse. Tilnærming og forståelse - en interpretativ fenomenologisk analyse.

Veileder: Svein Mossige

Forskningsspørsmål: Selvskading er et svært aktuelt fenomen og har blitt viet større interesse de siste årene. Fenomenet blir blant annet antatt å være forårsaket av ulike risikofaktorer. Det foreligger en god del forskning på dette området, men det etterlyses en inklusjon av pasienter med en dissosiativ identitetslidelse (DID). Lidelsen i sin helhet krever tiltak som er avvikende fra de tradisjonelle behandlingsmetodene for andre psykiske lidelser. Spørsmålet blir dermed om selvskading blant pasienter med DID krever en annen type forståelse enn den man har gitt uttrykk for i forskningen til nå.

Metode: Kvalitativ metode med interpretativ fenomenologisk analyse. Data ble samlet inn ved hjelp av semistrukturerte kvalitative intervju. Oppgaven er et selvstendig forskningsprosjekt.

Resultater: Analysen av datamaterialet resulterte i 4 hovedtemaer: 1) I møte med DID; 2) Den destruktive; 3) En terapeutisk tilnærming; 4) Muligheter.

Konklusjon: Selvskading er et sentralt og viktig tema å adressere i møte med pasienter med en dissosiativ identitetslidelse. Det bør tas høyde for at selvskading er en del av en større og kompleks problematikk blant denne pasientgruppen. En viktig forutsetning for et fruktbart arbeid med reduksjon av selvskading som mål er en helhetlig forståelse av underliggende teori om denne lidelsen. Bedring skapes ved hjelp av et bredt tilfang av ulike terapeutiske teknikker med fokus på forståelse, anerkjennelse og stabilisering av pasienten i tråd med faseorientert behandling.

Forord

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til behandlerne som sa seg villig til å delta i denne studien til tross for meget travle arbeidshverdager. Jeg vil også takke andre behandlere på Traumepoliklinikken Modum Bad i Oslo for tilbud av hjelp, nyttige innspill og interesse. Jeg er spesielt takknemlig for å ha fått innblikk i et meget fascinerende, spennende og engasjerende fagfelt. Arbeidet med denne hovedoppgaven ble en krevende og spennende prosess og jeg takker også min veileder Svein Mossige for konstruktive tilbakemeldinger.

I tillegg vil jeg takke familie og venner fra alle kanter for omfattende støtte og tro på meg.

Ikke minst takker jeg min samboer som har fulgt meg ved min side gjennom hele prosessen med uuttømmelig kjærlighet, ros og støtte.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Et traumeperspektiv	1
1.2 Formålet med studien	1
1.3 Avgrensing	2
2 Dissosiasjon	2
2.1 Traumeindusert dissosiasjon	3
3 Dissosiativ identitetslidelse	4
3.1 En kontroversiell lidelse	4
3.1.1 Diagnose i dag	5
3.2 Kjerneproblematikk	6
3.2.1 Delforståelse	6
3.2.2 Den indre dynamikken	7
4 Selvskading	8
4.1 Selvskadingens mange navn	8
4.2 Forekomst	10
4.3 Risikofaktorer	11
4.4 Funksjon	12
5 DID og selvskading	13
5.1 Forekomst	13
5.2 Forståelse	14
5.3 Behandling av selvskading hos pasienter med DID	16
6 Metode	17
6.1 En kvalitativ tilnærming: Metode	18
6.2 Det kvalitative intervju	18
6.3 Utvalg	19
6.3.1 Rekruttering	20
6.4 Etiske vurderinger	21
6.5 Datainnsamling	21
6.6 Validitet og reliabilitet	22
6.7 Interpretativ fenomenologisk analyse (IPA)	23
6.8 Dataanalyse	25
7 Resultater	27
7.1 Tema 1: I møte med DID	28
7.1.1 Sterke møter	28
7.2 Tema 2: Den destruktive	29
7.2.1 Selvskadingens alvor	29
7.2.2 Et vanskelig tema	31
7.2.3 Den indre dynamikken	33
7.2.4 Amnesi - utilgjengelighet	34
7.3 Tema 3: En terapeutisk tilnærming	35
7.3.1 Funksjon	35
7.3.2 Tematisering av et vanskelig tema - ta kontakt med den sinte	37
7.3.3 Metodikk / Verktøy	40

7.4 Tema 4: Muligheter	43
7.4.1 Et viktig arbeid	42
7.4.2 Et givende arbeid.....	42
8 Diskusjon.....	44
8.1 I møte med DID	44
8.2 Den destruktive	45
8.3 En terapeutisk tilnærming.....	47
8.4 Muligheter	48
Litteraturliste	51
Appendiks 1 - Forespørsel om deltakelse	55
Appendiks 2 - Samtykkeerklæring	57
Appendiks 3 - Intervjuguide.....	61
Appendiks 4 - Utdrag fra dataanalysen	62

1 Innledning

1.1 Et traumeperspektiv

Forståelsen av traumelidelser har vært i endring de siste 30 årene. PTSD som diagnose ble introdusert i APAs tredje diagnosemanual, DSM-III (APA), i 1980, etterfulgt av ICD i 1992 (WHO). Diagnosen PTSD ble stadfestet i kjølvannet av krigsveteraner etter henholdsvis første og andre verdenskrig med såkalte psykiske kampskafer (Eid & Herlofsen, 2004). Bakgrunn for lidelsen er traumatiske enkelthendelser. Fra slutten av 1970 ble datil tabubelagte hendelser som familievold og incestuøse overgrep satt i sammenheng med alvorlige konsekvenser for mental helse utover PTSD-symptomer. En økt åpenhet om det ble markert bl.a. i form av opprettelsen av krisesentre og støttesenteret mot incest (SMI) i Oslo på 1980-tallet. Nødvendigheten av økt fokus og kunnskap ble ikke minst fremmet av flere norske terapeuter som opplevde at datidens tilnærming og behandlingsmetoder medførte en forverring hos noen av sine pasienter (Anstorp, Benum & Jakobsen, 2006). Dette gjaldt især pasienter med dissosiasjonsproblematikk, som på daværende tidspunkt var et nærmest ukjent fenomen. Ved hjelp av et rikt internasjonalt samarbeid med fagmiljøer i USA og Nederland ble det etter hvert rettet et større søkelys mot denne pasientgruppen også i Norge og bidro til å kunne ty til flere og mer skreddersydde behandlingsmetoder for pasienter med en kompleks traumebakgrunn.

1.2 Formålet med studien

Formålet med denne fenomenologiske studien er å utforske terapeuters tilnærming og forståelse av selvskading blant pasienter med en dissosiativ identitetslidelse i en klinisk behandlingssetting. Anstorp et al. (2006) beskriver at arbeidet med traumelidelser vil innebære dissosiasjon som element, noe en finner bred konsensus for i klinisk forskning om følgene av ulike former for traumatiske livshendelser under oppveksten. DID og beslektede dissosiative lidelser har inntil nylig fått lite faglig anerkjent fokus. Denne type lidelse har vært svært omdiskutert, til tross for at den inngår som egen diagnose i DSM og ICD-10. Problemområdet jeg fokuserer på, selvskadingsproblematikk, har fått større faglig oppmerksomhet i den senere tid. En har undersøkt både forståelse og behandling av fenomenet blant ulike pasientgrupper. I de fleste av studiene etterlyses dog et representativt utvalg av pasienter med en dissosiativ identitetslidelse. Kan de generelle

forståelsesmodellene av selvskading også anvendes hos denne pasientgruppen? Hvor stor plass bør selvskading få i terapiforløpet? Hvordan adressere det? Denne studien kan være et utgangspunkt i videre diskusjoner om hvordan selvskading blant denne pasientgruppen kan forstås og hva slags tilnærming som kan være mest hensiktsmessig. Formålet er å belyse problemstillingen ved hjelp av praksisnære erfaringer for å supplere nåværende forskning og kunnskap om selvskading i forbindelse med tidligere opplevde traumer. Informasjonen som kommer fram i denne studien kan være et impuls til videre faglig utdypning og utforskning og ikke minst bidra til å underbygge et større fokus på DID som en allmennfaglig akseptert lidelse.

1.3 Avgrensing

Av praktiske hensyn begrenses oppgaven til å utelukkende gjelde pasienter med en F44.81 Multippel Personlighetsforstyrrelse - diagnose fra ICD-10. Diagnosen er avgrenset fra F44.9 Uspesifisert Dissosiativ Lidelse, dog uten nærmere beskrivelse av sistnevnte. Man finner en nærmere beskrivelse og avgrensning av en uspesifisert dissosiativ lidelse (DDNOS) i DSM-IV, men det skal nevnes at det i praksis kan være en større overlapp mellom disse to diagnosene enn det framgår av denne beskrivelsen. Dermed kan det tenkes at noen av konklusjonene også kan være av betydning for pasienter med en uspesifisert dissosiativ lidelse, noe som ikke vil bli utdypet nærmere i denne oppgaven. Oppgaven vil heller ikke utdype suicid i forbindelse med selvskading, som er et viktig tema, men omfattende nok til et å være et eget prosjekt i seg selv.

2 Dissosiasjon

Dissosiasjon, fra latinsk, betyr å atskille eller avspalte (dis=av; sossiere=forene) og er et velkjent fenomen innenfor psykologi og psykiatri. Dissosiasjon som patologisk fenomen ble viet interesse så tidlig som på 1900-tallet (Rieber, 2002). Dissosiasjon ble på daværende tidspunkt knyttet til psykiske lidelser sammenfattet som "hysteri". Den franske psykiateren og filosofen Pierre Janet (1907) undersøkte dette fenomenet nærmere ved hjelp av studier, observasjoner og eksperimenter der han brukte hypnose i behandlingen av hysteri. I løpet av behandlingene observerte Janet (1907) at dissosiasjon tilsynelatende var en underliggende

kjernemekanisme i alle tilfeller av hysteri (Van der Hart & Friedmann, 1989). Janet oppdaget at pasienter ikke mistet bevissthetsplanen under hypnose, men heller nådde et annet bevissthetsplan, det vil si at bevissthetsplanen kunne bli delt, noe Janet etter hvert betegnet som ulike (alternative) deler av personligheten (Janet, 1907 i: Rieber, 2002). Interessen i Janets funn minsket dog drastisk da fokuset etter hvert ble rettet mot Freuds arbeid om psykoanalyse og fri assosiasjon som metode i behandlingen av hysteri. Det foreligger lite annet materiale om dissosiasjon som kjernemekanisme utover Janet sine observasjoner fra den tiden. Da Janets bøker og flere andre verk som omhandlet lignende tematikk ble publisert og gjort lettere tilgjengelig også for den engelsk-språklige verden fra 1960-tallet, fant man en nyvinnet interesse for forståelsen av fenomenet dissosiasjon. Blant andre vurderte Van der Hart og Friedmann (1989) Janets arbeid og hans teorier om fenomenet. Teoriene hans om dissosiasjon som patologisk fenomen kunne sammenfattes i form av fem grunnleggende prinsipper som kort oppsummert innebærer underliggende elementer som konstituerer konseptet *personlighet*, en innsnevring av *bevissthetsplanen* og medfølgende persepsjon av virkeligheten i tilfeller av hysteri, bevissthet og *automatiske* prosesser og bruk av *mentale ressurser*, betegnet som psykisk energi (Van der Hart & Friedmann, 1989). Dissosiasjon blir dermed sett på som et komplekst fenomen som innebærer både bevisste og ubevisste prosesser, som gir seg utslag i personligheten. I tillegg så Janet en sammenheng mellom traumatiske opplevelser og det man i dag betegner som symptomer på PTSD, så som flashbacks og dissosiative episoder (Janet i: Van der Hart & Horst, 1989). Dissosiasjon ble etter hvert et bredt begrep og blant annet forstått som symptom, utløsende årsak til symptomer, samt vanlige og patologiske forandringer i bevissthet. Det er derfor viktig å trekke et skille mellom det som betegnes som normalpsykologisk dissosiasjon og patologisk dissosiasjon i forbindelse med traumelidelser som DID (Nijenhuis & Van der Hart, 2011).

2.1 Traumeindusert dissosiasjon

Dissosiasjon kan forstås som det motsatte av integrasjon. Satt i et psykologisk perspektiv vil integrasjon forstås som evnen til å organisere og integrere alle typer elementer som er del av en erfaring (sanseinntrykk, opplevelser osv.) til en helhetlig opplevelse av selvet og personlighet (Boon, Steele & Van der Hart, 2011). Dissosiasjon vil i så tilfelle medføre en fragmentering av ulike elementer av opplevelser og erfaringer, slik at disse ikke blir integrert til en helhet. Som regel vil tre ulike former for opplevelser knyttet til en hendelse spaltes fra hverandre: emosjoner, kognisjon (herunder dannelse av konkrete minner) og kroppslige

fornemmelser (sansing). Oppspaltingen medfører dog ikke at informasjon blir borte. Disse ulike fragmentene blir lagret på en annen måte enn nøytral eller positivt ladet informasjon. Denne oppdelingen medfører at forskjellige emosjoner, kognisjon og kroppslige fornemmelser oppleves som fremmed fremfor som et integrert narrativ.

Traumatiske hendelser, som seksuelt og fysisk misbruk i barndommen, synes å predikere dissosiasjon (Chu et al. 1999 i: Lynch, Foreman, Mendelsohn & Herman, 2008). Ifølge teorien om strukturert dissosiasjon (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006) står alvorligheten og varigheten (kronisk) av traumer i sammenheng med graden av dissosiasjon. Bakenforliggende faktorer som utviklingsnivået av barnet, genetisk betinget sårbarhet eller resiliens, graden av sosial støtte og tilknytning er betydningsfulle i denne sammenhengen. Yngre barn mangler en elaborert og godt integrert personlighet og tilknytningssystem, slik at traumer medfører en større alvorlig konsekvens (Van der Hart et al., 2006). Dissosiativ identitetslidelse innebærer den mest komplekse graden (tertiær) av dissosiasjon (Van der Hart et al., 2006). Det antas at traumer opplevd før 5 års alderen er mest sannsynlig i å resultere i en dissosiativ identitetslidelse (ISSTD, 2011).

Dissosiasjon i forbindelse med traumer blir forstått som en adaptiv mestringsstrategi og er en måte å mentalt fjerne seg fra en faretruende, overveldende hendelse (Axelsen, 2009). Dissosiasjon kan især i tilfeller av kronisk traumatisering bli til en vedvarende håndteringsmekanisme av ulike stressorer ut i voksenlivet siden den tidligere har tjent som en overlevelsesstrategi over lengre tid (Boon et al., 2011). Dog har denne håndteringsmekanismen ikke like stor overlevelsesverdi i voksenalderen. Voksenlivet vil da bli preget av dissosiasjon i så stor grad at det går ut over hverdagslig funksjon.

3 Dissosiativ identitetslidelse

3.1 En kontroversiell lidelse

Dissosiasjon er et kjerneelement i dissosiativ identitetslidelse. Dissosiativ identitetslidelse (tidligere multiappel personlighetsforstyrrelse) er beheftet med uttalt faglig mistenksomhet og kontrovers. Dell (1989) undersøkte hvordan hvordan pasienter og deres behandlere ble møtt

av skepsis og kritikk blant det øvrige fagpersonalet. Behandlerne rapporterte om utallige episoder som innebar alvorlige konsekvenser, både for fagpersonalet og pasientene. Reaksjonene fra kritisk hold var av dimensjoner som overskred en profesjonell ramme og bunnet i en generell mistro om lidelsens eksistens (Dell, 1988). En annen del av kontroversen dreier seg om i hvilken grad foreliggende symptomer er forårsaket av reelle traumatiske opplevelser eller resultater av suggestive implanteringer fra terapeuter, siden det har vist seg at pasienter med denne lidelsen er svært mottakelige for hypnose og suggesjon (Gillig, 2009). Flere baserer sin kritikk på manglende valide utredningsverktøy og det faktum at DID har mange overlappende symptomer med emosjonell-ustabil personlighetsforstyrrelse (Borderline). Det ble derfor argumentert for at DID ikke er en egen uavhengig lidelse, men en alvorlig form for Borderline. Andre forstod DID som en egen diagnose knyttet til mer komplekse former for PTSD på grunn av traumer tidlig i oppveksten (Gillig, 2009). DID blir i dag forstått som en ekstrem variant av en ellers normal reaksjon på et alvorlig og vedvarende seksuelt misbruk fra tidlig i oppveksten (Ross & Ness, 2010). Det antas at misbruk før 5-års alderen er spesielt skadelig (ISSTD, 2011).

3.1.1 Diagnose i dag

DID har tidligere vært kjent under begrepet "Multiple Personality Disorder" i diagnosesystemene DSM og ICD. En har dog nylig gått bort fra betegnelsen "Multippel Personlighetsforstyrrelse" i DSM-IV (APA, 1994), og lidelsen ble kategorisert inn under dissosiative lidelser under navnet DID. I ICD-10 har man holdt fast ved den gamle betegnelsen om multiple personligheter, noe som fortsatt kan medføre uheldige konsekvenser i forståelsen av pasientenes vansker og deres tilsynelatende kontroll over deres forskjellige "delpersonligheter". Det skal nevnes at en har gått bort fra betegnelsen i beta - versjonen av ICD-11 (2017) og gått over til begrepet dissosiativ identitetslidelse på lik linje med DSM-IV.

Dissosiative lidelser i forbindelse med traumeindusert dissosiasjon har fått et større fokus og belegg innenfor forskning på flere områder, blant annet nevrobiologisk forskning (Brand et al., 2011). Det har også blitt utviklet forskjellige typer kartleggingstester som hjelpemiddel for utredning av og eventuell diagnostisering av dissosiative lidelser. (Brand et al., 2011). ISSTD (International Society for the Study of Trauma and Dissociation) kommer med flere anbefalinger av ulike verktøy som kan benyttes for diagnostisering og differensialdiagnostikk. Det påpekes at tradisjonelle psykometriske tester kan bidra til

differensialdiagnostikk, men at det er viktig å benytte seg av utredningsverktøy for kartlegging av dissosiative symptomer i tillegg (ISSTD, 2011). SCID-D er et slikt verktøy og er basert på 4 diagnostiske kriterier (A, B, C og D) fra diagnosemanualen DSM-IV (APA, 1994) som må være oppfylt for å kunne stille diagnosen:

- A. Tilstedeværelsen av to eller flere identiteter eller personlighetstilstander.
- B. Minst to av ovennevnte dominerer personens adferd jevnlig.
- C. Manglende evne til å huske viktig personlig informasjon utover vanlig glemsel.
- D. Symptomene er ikke forårsaket av substanser (rusmidler) eller annen sykdomstilstand.

3.2 Kjerneproblematikk

Dell (2006) påpeker at kriteriene i DSM-IV er innsnevret til delpersonlighetene og peker på forekomsten av flere andre kjernesymptomer som for eksempel innebærer amnesi, Schneiderianske symptomer, depersonalisering og derealisasjon, noe det er bred konsensus om. *Amnesi* kan opptre i gradforskjeller. Noen vil oppleve "hull" i hukommelsen når det først og fremst gjelder sin fortid og de vonde hendelsene man har vært igjennom. Andre kan også oppleve at de mister tid i løpet av en vanlig dag eller at de opplever seg selv som ufokuserte og glemsk. I andre tilfeller kan personer oppdage tegn på dagligdagse aktiviteter uten å kunne gjøre rede for dem, som for eksempel kjøpte varer som de ikke kan huske å ha kjøpt (Boon et al., 2011). *Depersonalisering* kjennetegnes ved en fremmedhetsfølelse i forhold til sin egen kropp mens *derealisasjon* vil si uvirkelighetsfølelser overfor omgivelsene sine, som egentlig er kjent fra tidligere (Spiegel & Cardena, 1991; Steinberg, 1995 i: Van der Hart et al., 2006). En bør være oppmerksom på at de to sistnevnte symptomene også er tilstede hos flere andre psykiske lidelser. Dessuten kan stress eller misbruk av substanser utløse opplevelser av depersonalisering og derealisasjon blant normalpopulasjonen. Tilstedeværelsen av disse to symptomer alene er dermed ikke nok for å kunne sette en DID-diagnose (Van der Hart et al., 2006).

3.2.1 Delforståelse

De ulike delene er i praksis omtalt på flere forskjellige måter. De fleste vil betegne disse som (dissosiative) deler av personligheten (Anstorp et al., 2006; Boon et al., 2011). De ulike fragmententene eller delene medfører at personen har ulike opplevelser knyttet til selvet, slik

at det oppleves som et skifte hver gang noen av dem trer fram. I hovedtrekk kan de ulike delene deles inn i såkalte ANP'er ("Apparently Normal Part") og flere EP'er, "Emotional Part" (Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen, M. (2006). ANP vil være den delen som fungerer i det daglige, en hverdagsfungerende del, uten å være i kontakt med sin fortid. Et kjennetegn for dissosiativ identitetslidelse som skiller den fra andre dissosiative lidelser er at det hos denne pasientgruppen finnes flere elaborerte ANP deler som fortsatt utvikles i voksenalder (Van der Hart et al., 2006). Det er som regel en av ANP-delene som møter opp i terapi og som opplever amnesi (Anstorp et al., 2006). Et hovedkjennetegn ved pasientens opplevelse av DID er dermed "Det er ikke meg, det er ikke mine minner" (Boon et al., 2011).

EP'er består av fragmenterte deler fra fortiden som ikke har blitt prosessert, det vil si ikke er integrert med personens selvoppfatning i her og nå (Anstorp et al., 2006). Disse fragmentene består av blant annet minner, (kroppslige) fornemmelser og følelser. Pasienten kan oppleve følelser, spontane ønsker eller gjennomføre handlinger som han/hun ikke kan huske i etterkant eller identifisere seg med. Som regel vil pasienten prøve å unngå fragmentene, siden de er direkte knyttet til traumatiske opplevelser i fortiden. Delene kan ta ulike former når det gjelder kjønn og alder (Boon et al., 2011).

3.2.2. Den indre dynamikken

Boon, Steele & Van der Hart (2011) beskriver de ulike delene som representasjoner av ulike behov, med en symbolsk mening og funksjon. Graden av hvor elaborert og autonom delen er kan variere (Van der Hart et al., 2006). De ulike dissosiative delene er ikke nødvendigvis alltid bevisst på hverandres eksistens, men vil som regel påvirke hverandre direkte eller indirekte. Delen som stort sett fungerer i det daglige kan bli påvirket på forskjellige måter. I mange tilfeller vil man dog finne en passiv påvirkning innenfra fremfor deler som tar kontroll ved å spille seg ut i form av handlinger (Boon et al., 2011).

En av EP'ene er som regel en såkalt barnedel eller ung del, som opplever seg selv som yngre enn personen egentlig er, og som "sitter igjen" i den tidsperioden der de traumatiske hendelsene fant sted. Delen er preget av datidens overveldende minner, emosjoner og opplevelser. Behovene denne delen symboliserer er knyttet til utviklingsstadiet delen representerer og er preget av opplevelsene. Naturlig nok vil personer som har opplevd forsømmelse og misbruk ha behov for trygghet og ivaretagelse i voksenlivet. Denne delen gir

ofte uttrykk for frykt, redsel og en utrygghet og oppfører seg som om hendelsene fortsatt skjer eller vil skje igjen (Van der Hart et al., 2006). Framtoningen kan variere i stor grad, men som oftest vil barnedelen kunne identifiseres i form av en barnestemme eller barnegråt.

En annen form for EP er ofte et slags motsvar til barnedelen. Mange vil generelt betegne denne som "den sinte" delen. Denne delen er preget av avsky og sinne rettet mot behovene den yngre delen representerer; det er farlig å være svak (Anstorp et al., 2006). Behovene den yngre delen gir uttrykk for har ikke blitt møtt i oppveksten og det har sannsynligvis som regel også vært farlig å gi uttrykk for dem, enten ved at det ikke ble tillatt eller til og med møtt med straff. Disse behovene kan dermed vekke reaksjoner også hos andre deler enn de utpreget sinte delene. Hos sistnevnte er behovene primært knyttet til svakhet og fare, og må derfor utviskes for å beskytte seg selv mot alle former for trusler (Boon et al., 2011). En observerer ofte store konflikter mellom disse delene som etter hvert utspilles i form av en ond sirkel, der barnedelen blir reddere jo sinnere den sinte delen blir og omvendt. Sinne, avsky og andre destruktive følelser er ofte også knyttet til deler som har sitt uspring i overgriperen / overgriperne (Boon et al., 2011). Disse emosjonene kan vise seg i form av utagering mot både de andre delene eller utad mot omgivelsene pasienten befinner seg i. Som regel vil utageringen være sosialt uakseptabelt og skambelagt.

4 Selvskading

4.1 Selvskadingens mange navn

Selvskading blant pasienter innenfor det psykiske helsevernet har blitt viet økt oppmerksomhet de siste årene. Vi finner både sosialt aksepterte og ikke-aksepterte former for selvskading i vestlig kultur, som henholdsvis tatovering og kutting for eksempel. Nasjonal og internasjonal forskning har vist at ulike former for selvskading, både sosialt aksepterte og ikke-aksepterte, er et svært utbredt fenomen. Selvskading er et bredt definert begrep, noe som medfører konsekvenser på hvordan man vil nærme seg det i behandlingsrommet. Ofte har ulike definisjoner hatt et fokus på bare ett eller noen få av fasettene og skilt mellom direkte og indirekte selvskading, bevisst eller viljet egenskade, selvmordsforsøk uten intensjonen om å begå selvmord. En har etter hvert prøvd å trekke et tydeligere skille mellom selvskading og intensjonelt selvmord og selvmordsforsøk i nyere litteratur (Øverland, 2006).

Flere har undersøkt ulike aspekter ved fenomenet ut ifra forskjellige perspektiv. I 2009 gjennomførte Sommerfeldt & Skårderud en metaanalyse av foreliggende forskning og litteratur om selvskading (1985-2008) i lys av definisjon, forekomst, risikofaktorer og funksjon. Sommerfeldt & Skårderud (2009) kommer med en inndeling av selvskading, der de først og fremst skiller mellom direkte og indirekte eller ikke-direkte selvskading. Sistnevnte omfatter røyking, spiseforstyrrelser, rusmisbruk og lignende mens direkte selvskading innebærer et aktivt påførsel av skader direkte på kroppen (Sommerfeldt & Skårderud, 2009). Et gjennomgående begrep for selvskading er "villet egenskade". I hovedsak har man en forståelse av selvskading som en bevisst gjennomført og destruktiv handling av en person rettet mot seg selv. Det er grunn til å anta at de fleste i stor grad vil kunne identifisere seg med selve handlingen og ha en bevissthet og hukommelse av det. Ifølge Øverland (2006) kan "villet" dog være misvisende siden det kan gi assosiasjoner til en gjennomtenkt og planlagt handling, mens det som regel er desperasjon, overveldelse og impuls knyttet til handlingen. I tillegg kan ordet "villet" være misvisende i tilfeller der selvskading oppstår i sammenheng med dissosiasjon eller dissosiative deler, slik det framstår hos pasienter med en dissosiativ identitetsslidelse.

Selv mord i forbindelse med selvskading har fått et større fokus i Norge og det har blitt utarbeidet en "Handlingsplan for forebygging av selv mord og selvskading" av Helsedirektoratet (2014-2017). I denne handlingsplanen blir det trukket et skille mellom selvskading, villet egenskade samt selv mord og selmordsforsøk. Selv mord blir definert som *"en handling som individet foretar for å skade seg selv med intensjon om å dø, og hvor skaden har ført til døden"* mens selvskading defineres *"som skade en person påfører seg med vilje, men uten hensikt å dø"* (Helsedirektoratet, 2014). I tillegg kommer man med en egen definisjon for villet egenskade : *"(...) en bevisst og villet skade en person påfører seg med eller uten hensikt å dø"* (Helsedirektoratet, 2014). Villet egenskade er dermed definert som en handling som også kan være knyttet til en intensjon om å dø og der skaden blir påført bevisst og med vilje, mens definisjonen av selvskading mangler presiseringen om å være en bevisst handling og ekskluderer et ønske om å ta sitt liv. Allikevel har det vist seg at selvskading og selv mord ikke er to helt atskilte fenomener. Studier peker på at personer som har begått selv mord også har skadet seg tidligere, mens mange som skader seg selv ikke begår selv mord (Øverland, 2006). Selvskading er også omtalt i diagnosemanualen ICD-10 (WHO, 1992) og blir i denne definert som villet egenskade.

4.2 Forekomst

En multisenterundersøkelse (Child & Adolescent Self-Harm in Europe, CASE) undersøkte forekomsten av villet ("deliberate") egenskade blant ungdommer i 7 land - deriblant Norge. Selvskading ble definert som en viljestyrt handling som ikke medførte døden, der individet igangsatte en handling med intensjonen om å skade seg, tok medikamenter utover foreskrevet / anbefalt dosering, intok rusmidler (alkohol, illegalt stoff osv.) som en bevisst selvdestruktiv handling og / eller svelget ufordøyelig objekt eller stoff / substans (Madge et al., 2008). I Norge var responsraten på 91%, hvorav 8,9% jenter og 2,6% gutter rapporterte en selvskadingsepisode i løpet av fjoråret, mens hele 13,5% (jenter) og 4,3% (gutter) rapporterte om selvskading som hadde funnet sted en gang tidligere i livet (Madge et al., 2008). Flere andre undersøkelser har pekt på en betydelig forekomst av selvskading blant ungdom både i utlandet og i Norge (Sommerfeldt & Skårderud, 2009).

CASE-undersøkelsen viste dessuten en tydelig kjønnsforskjell i forekomsten av villet egenskade, der 8,9% av jentene og 2,6% av guttene rapporterte om selvskading i løpet av fjoråret, mens 13,5% kvinner og 4,3% menn rapporterte en episode av villet egenskade i løpet av livet (Madge et al., 2008). Dette funn er i samsvar med tidligere studier, blant annet undersøkelser som ligger til grunn for handlingsplanen utarbeidet av Helsedirektoratet (2014-2017): Selvskading var et hyppigere fenomen blant ungdommer enn blant voksne og mer utbredt blant jenter enn gutter. Mc Allister (2003) kommer med et forklaringsforsøk, der hun setter dette fenomenet inn i et samfunnsperspektiv. Hennes forklaringsmodell baserer seg på at menn og kvinner blir sosialisert til å håndtere smerte på forskjellige måter, henholdsvis utagerende og innadvendt. Kvinner antas å være mer utsatt for misbruk både som barn og voksen. Tidligere traumatiske opplevelser, så som misbruk, settes dermed i sammenheng med selvskading som følge (Mc Allister, 2003).

4.3 Risikofaktorer

Det har lenge vært kjent at ulike former for omsorgssvikt og misbruk i oppveksten, såkalte oppveksttraumer, har uheldige konsekvenser for barnets videre utvikling. Felitti et al. (1998) var blant de første som påviste at ulike former for belastende oppvekstvilkår (adverse childhood experience) korrelerte ikke bare med omfattende psykologiske, men også fysiologiske (medisinske) konsekvenser. En mulig korrelasjon mellom ulike former for omsorgssvikt og traumer i oppveksten med selvskading har lenge vært et fokus i forskningslitteraturen og vist til motstridende funn. Romans, Martin, Anderson, Herbison & Mullen (1995) fant at et flertall av et kvinnelig utvalg som hadde opplevd seksuelt misbruk ikke rapporterte om selvskading. Et fåtall av kvinnene rapporterte om selvskading. Kvinnene skilte seg fra resten av utvalget ved å ha opplevd mer alvorlig gjentatt grovt seksuelt misbruk og svært belastende oppvekstvilkår i hjemmet. Overordnet rapporterte kvinnene som hadde opplevd seksuelt misbruk selvskading i liten grad, mens flertallet av kvinnene (95,7%) som rapporterte selvskading hadde opplevd seksuelt misbruk og det ble konkludert med at seksuelt misbruk kan være en korrelator til selvskading (Romans et al., 1995). En senere metaanalyse viste til en svært lav *direkte* sammenheng mellom seksuelt misbruk i barndommen og selvskading som konsekvens av det (Klonsky & Moyer, 2008). Forskning tyder dermed på at det er flere ulike risikofaktorer for selvskading som står i samspill med hverandre og har en medierende virkning. Flere undersøkelser har påvist flere ulike risikofaktorer. Resultatene av en longitudinell studie tyder på en sammenheng mellom alvorligheten i misbruk, emosjonell forsømmelse og selvskading hos personer med ulike psykiske lidelser (Van der Kolk, Perry & Herman, 1991). Emosjonell forsømmelse ble tolket som en prediktor for vedvarende selvskading. Lipschitz et al. (1999) fant støtte for en korrelasjon mellom seksuelt misbruk og følelsesmessig forsømmelse og selvskadende atferd. I tilfeller av emosjonell forsømmelse vil individet ikke utvikle trygg tilknytning til nære omsorgspersoner og dermed ikke være i stand til å benytte seg av mellommenneskelige ressurser for å kunne skape bedring senere, som i behandlingssituasjoner for eksempel. Tidlig seksuelt misbruk vil i tillegg kunne medføre en forstyrrelse i affektregulering med emosjonell dysregulering som følge på grunn av barnets lite utviklede nevropsykologiske evner (Van der Kolk et al., 1991). En utviklingspsykologisk forståelse av selvskading, især i tilfeller av traumatiske opplevelser, er derfor en viktig del av tilnærmingen til fenomenet (Moe & Ribe, 2007).

Muehlenkamp, Bagge, Tull & Gratz (2013) ville undersøke i hvilken grad ulike faktorer påvirker korrelasjonen mellom emosjonell dysregulering og ikke-suicidal egenskade (i denne undersøkelsen definert som en viljestyrt destruktiv handling på egen kropp *uten* hensikt om å dø). Undersøkelsen tyder på at et negativt forhold til sin kropp kan påvirke denne korrelasjonen. Muehlenkamp et al. (2013) betegnet dette som "body disregard", et begrep som innebærer å være mindre i kontakt med kroppen sin, å devaluere dens betydning og å oppleve likegyldighet overfor sin kropp. Studien viste en mulig sammenheng mellom body disregard og selvskading i forbindelse med emosjonell dysregulering, det vil si at body disregard er en mulig risikofaktor for selvskading blant personer med emosjonell dysregulering (Muehlenkamp et al., 2013). Dette er den første studien som undersøker body disregard som risikofaktor og tyder på at selvskading bunner i et flertall av ulike faktorer med gjensidig påvirkning. Til tross for metodiske begrensninger når det gjelder utvalg og metoden bidrar denne undersøkelsen med et viktig innfallsvinkel i forståelsen av hvilke faktorer som kan være av betydning som risikofaktor for selvskading (Muehlenkamp et al., 2013).

4.4 Funksjon

Bredden i forståelsen og operasjonaliseringen av selvskading medførte mange ulike og til dels motstridende forståelsesmodeller for selvskadingens funksjon. Flere undersøkelser opp gjennom årene har dog vist at selvskading er i stor grad relatert til å håndtere følelser, dvs. affektregulering (Sommerfeldt & Skårderud, 2009). Dette gjenspeiles i CASE-studien, der lindring eller lettelse fra en forferdelig følelsesmessig tilstand var den hyppigste årsaken ifølge ungdommene (Madge et al., 2008). Det skal dog nevnes at få ungdommer (>6,3%) oppga bare én årsak: De fleste gutter (72,6%) og jenter (88,3%) påpekte flere årsaker, bl.a. "Jeg ville dø" og "Jeg ville straffe meg selv" (Madge et al., 2008). En slik sammensatt årsaksforklaring kan tyde på en generell oppevelse av overveldelse og manglende evne til å kunne håndtere overveldelsen i visse situasjoner. Det er interessant å se at til tross for at den generelle oppfatningen i mange miljøer av selvskading som et middel til kommunikasjon og manipulasjon var det langt under halvparten av ungdommene som anga dette som årsak (Madge et al., 2008).

Selvskading har også blitt satt i sammenheng med dissosiasjon og beskrives i slike tilfeller som en bevisst og kontrollert prosess, med et mål om å unngå en "ekkelhetsfølelse". Denne følelsen er knyttet til minner om tidligere vonde opplevelser (Øverland, 2006). Selvskading blir forstått som en regulering av den dissosiative tilstanden, der personen prøver å hente seg tilbake til en tilstedeværelse i her og nå, og motvirke en tilstand preget av depersonalisering (Sommerfeldt & Skårderud, 2009).

5 DID og selvskading

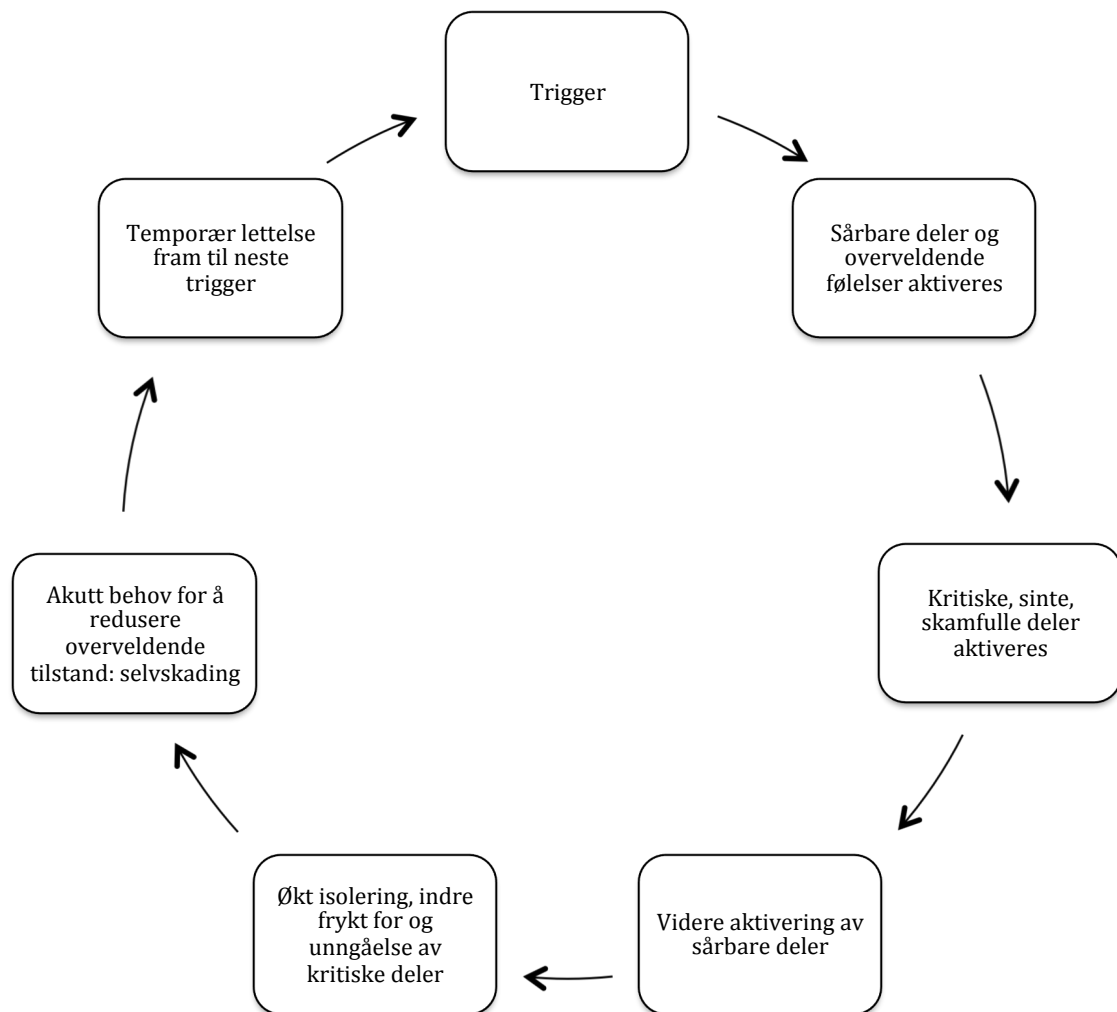
5.1 Forekomst

Til tross for at selvskading har en tilsynelatende høy forekomst hos personer med en dissosiativ identitetslidelse, foreligger det lite nyere forskning om selvskading hos denne pasientgruppen. Coons og Milstein (1990) påpeker at forekomsten av selvskading i sammenheng med dissosiasjon og / eller depersonalisering er et kjent fenomen, men har ikke blitt viet nærmere interesse og hensyn i klinisk praksis. Blant de 4 pasientgruppene som ble undersøkt fant Coons & Milstein (1990) at selvskading hadde hyppigst forekomst i tilfeller av multipel personlighetsforstyrrelse (45%). I mange tilfeller opplevde pasienten amnesi for selvskadingen, det vil si at personen ikke kunne gjøre rede for hendelsesforløpet. Dette ble satt i sammenheng med at det var en delpersonlighet i pasienten som utøvde selvskadingen. I ethvert tilfelle rapporterte pasientene fysisk og / eller seksuelt misbruk i barndommen. Selvskading hadde hyppigere forekomst blant kvinner enn menn og bestod for det meste i å kutte seg selv i på armer og / eller ben og dernest ansikt og mage. Forekomst av amnesi kan gi et viktig pekepinn for diagnostisering og videre behandling. Coons & Milstein (1990) foreslår DES (dissociative experience scale) som verktøy for å utredning. DES er fortsatt et utbredt verktøy i utredning for dissosiativ identitetslidelse, allikevel kommer ISSTD (2011) med en anbefaling om at amnesi ikke er ensbetydende med at det foreligger en dissosiativ identitetslidelse og en behandler bør ha kunnskap om differensialdiagnostikk. Det er svært viktig å kunne differensiere dissosiative symptomer fra psykotiske lidelser eller en emosjonell-ustabil personlighetsforstyrrelse, som har tilsynelatende likhetstrekk med en dissosiativ identitetslidelse (ISSTD, 2011).

En mulig forklaring for den hyppige forekomsten av selvskading blant denne pasientgruppen er at den er utsatt for flere mange av risikofaktorene. Langvarig og alvorlig misbruk og et manglende støttenettverk kan blant annet innebære emosjonell forsømmelse. Pasienter med en dissosiativ identitetslidelse viser ofte store vansker med selvregulering fordi de manglet nære eller andre omsorgsgivere i sitt liv som kunne hjelpe dem med å regulere seg eller fordi deres reguleringsevne ikke ble fremmet, kanskje til og med undertrykket eller stanset og straffet. Dette vil ha emosjonell dysregulering som konsekvens. Det er altså flere av de nevnte risikofaktorerne for selvskading som er tilstede hos denne pasientgruppen. I tillegg har det vist seg at dissosiasjon, et kjerneelement i dissosiativ identitetslidelse, er tilsynelatende en sterk risikofaktor for selvskading (Gratz et al. 2002 i: Lynch, Foreman, Mendelsohn & Herman, 2008). Risikoen for selvskading øker tilsynelatende når det er flere andre risikofaktorer til stede, så som negative invaderende tanker om blant annet seg selv og ubehagelige minner

5.2 Forståelse

Brand (2001) kommer med en overordnet forståelse for underliggende forklaringer for selvskading blant denne pasientgruppen: Mangel på velutviklet selv-ivaretagelse, dysregulering av affekt, beskyttelse fra overveldende følelser knyttet til minner om traumatiske hendelser, eller en slags "reenactment" av såkalt overgriperatferd på grunn av en normalisering av denne etter langvarig erfaring med det (Brand, 2001). I manualen til Boon et al. (2011) er selvskading definert som en håndteringsmekanisme som innebærer skader på sin egen kropp når en ikke har utviklet en hensiktsmessig reguleringsevne. Selvskading kan være forårsaket av forskjellige deler, men det er som omftest en eller flere EP'er, sinte deler, som står bak. Boon et al. (2011) viser til en selvskadings-"syklus" som forståelsesmodell for selvskading blant pasienter med DID:



(Figur 26.1 "Cycle of Self-Harm" i Boon, Steele & Van der Hart, 2011, s. 318. Min oversettelse)

Figuren tydeliggjør en destruktiv indre dynamikk blant såkalte sårbare deler, også kalt barnedeler, og kritiske eller sinte deler. Sirkelen understøttes og opprettholdes av flere faktorer: en manglende evne til å reflektere og regulere de aktiverte sårbare delene og følelsene, manglende empati og kommunikasjon for å oppnå et samarbeid mellom de sårbare og sinte delene og selvskading med påfølgende lettelse som forsterkende reguleringsmekanisme i seg selv (Boon et al., 2011). Som regel vil selvskading være ledsaget av amnesi: Pasienten (ANP) finner tegn på selvskading uten å kunne huske at, eller hvordan han / hun har gjort det (Boon, Steele & Van der Hart, 2011).

5.3 Behandling av selvskading hos pasienter med DID

Dialektisk atferdsterapi (DBT - dialectical behavioral therapy) er beskrevet som en svært nyttig metode i behandling av selvskading. DBT er en delvis manualbasert metode utviklet av Marsha Linehan i 1993. Opprinnelig ble denne behandlingsmetoden utviklet i forbindelse med at tradisjonelle behandlingsformer hadde tilsynelatende lite effekt for kronisk suicidale pasienter. Det har i etterkant vist seg at DBT er et nyttig verktøy i behandlingen av pasienter med en emosjonell-ustabil personlighetsforstyrrelse og komorbide komplekse lidelser (Dimeff & Linehan, 2001). DBT har etter hvert blitt modifisert til å kunne anvendes på komplekse tilstander og vansker med affektregulering, så som spiseforstyrrelser, rusmisbruk og selvskading (Dimeff & Linehan, 2001).

Etter økt oppmerksomhet og flere års studier har en etter hvert kommet fram til at tradisjonelle behandlingsmetoder, som eksponeringsterapi for PTSD for eksempel, ikke medførte en signifikant bedring hos pasienter med dissosiative lidelser (Brand et al., 2012). Videre ble en tematisering av tidligere traumatiske opplevelser ikke anbefalt før pasienten hadde blitt tilstrekkelig stabilisert først (Brand et al., 2011). Brand et al. (2012) påpeker dissosiasjon som fellesfaktor for pasienter som ikke responderte ønskelig på tradisjonelle behandlingsmetoder for opplevd traume. Dissosiasjon er dessuten assosiert med flere ulike typer psykopatologi og et viktig fenomen å ta høyde for i behandlingen generelt (Lynch et al., 2008). En har funnet tegn på at disse pasientene tilsynelatende profiterer av en annen form for tilnærming: faseorientert behandling med integrasjon av det fragmenterte indre som overordnet behandlingsmål (Brand et al., 2011). Denne er også nevnt i ISSD sin revidert utgave av "Guidelines for treating DID in adults" (2011). I kjølvannet av dette ble det i 2011 dessuten utgitt en egen manual for behandling av dissosiative lidelser, rettet mot både behandlere og pasienter selv (Boon et al. 2011). Manualen gjenspeiler en forståelse av DID og dissosiative lidelser med fokus på fragmentertheten i ulike kognitive og kroppslige funksjoner framfor multiple personligheter. I tillegg er fokuset rettet mot kroppen og dens naturlige innebygde forsvarsmekanismer og reaksjoner på faretruende situasjoner. Manualen er hovedsakelig rettet mot den første fasen i behandling: stabilisering.

Et viktig fokus i behandlingen er forståelsen av de ulike delers funksjoner. Hver av delene gjenspeiler ulike fascetter ved personligheten som helhet og bør bli forstått som å gi uttrykk

for ulike behov og erfaringer (Boon et al., 2011). Fragmenteringen av personligheten medfører ofte at de ulike delpersonlighetene har en oppfatning av autonomi i forhold til hverandre og kroppen og en mangel på forståelse av at de er deler av én helhet (Brand, 2001). Anstorp (2006) påpeker at den delen som utløser selvskadingen er ikke alltid bevisst på at den skader seg selv. En viktig tilnærming i behandlingen blir dermed å finne ut av hvilken del som gir opphav til selvskadingen (Boon et al., 2011). Pasienten trenger hjelp med å møte seg selv og delene med empati og for å utvikle en bevissthet av de ulike behovene ulike deler kan ha. En kartlegging av hendelsesforløpet rett før og rett etter selvskadingen kan være til hjelp for å nærme seg temaet på en gradvis måte og få bedre forståelse for funksjonen av det, spesielt i tilfeller der pasienter opplever en ustrakt grad av amnesi knyttet til selvskadingen (Brand, 2001). I forbindelse med dette er det viktig å undersøke hvilke faktorer som trigger atferden og kunne finne konstruktive alternativer til håndteringen av dem (Boon et al., 2011). Det er svært viktig å møte pasienten med forståelse for selvskadingen og dens funksjon framfor å prøve å fjerne den uten videre, siden selvskadingen er knyttet til et forsvarssystem mot de overveldende følelser og minner knyttet til tidligere traumatiske opplevelser. Selvskading har dermed en regulerende funksjon og om den blir tatt bort uten at pasienten har fått alternative handlingsstrategier vil det være stor fare for at pasienten blir overveldet (Brand, 2001). Alternative handlingsstrategier bør bli forhandlet fram i samarbeid med delen som står bak selvskadingen. Det er viktig å møte denne med anerkjennelse og forståelse for dens funksjon (Brand, 2001).

6 Metode

I denne delen av oppgaven blir metoden, som anvendes i denne studien, utdypet. Innledningsvis kommer en beskrivelse av bakgrunnen for valg av metode, deretter selve intervjuprosessen med utvelgelse og rekruttering av informanter, utarbeidingen og oppbyggingen av intervjuet, samt gjennomføring av intervjuene og transkriberingen. Videre vil analysearbeidet av dataene og etiske refleksjoner knyttet til prosjektet utdypes nærmere.

6.1 En kvalitativ tilnærming: Metode

Den spesifikke problemstillingen slik den er beskrevet i denne oppgaven har, som en gjennomgang av forskningslitteratur har vist, ikke blitt belyst i stor grad før. Sekundærkilder var dermed svært begrenset og det ble et naturlig valg å benytte seg av en mer direkte framgangsmåte i undersøkelsen av fenomenet selvskading blant pasienter med en dissosiativ identitetslidelse. Valget ble dermed en kvalitativ tilnærming. Datainnsamlingen ble gjennomført i form av et semistrukturert kvalitativt intervju. Dette ga muligheten til å hente inn informasjon via førstehåndsintrykk og opplevelser i en "real life - setting". Opprinnelig ble det vurdert å utforske dette fra pasienten sin side, dens opplevelse og forståelse av selvskading. Allikevel kom en fort fram til en del etiske betenkeligheter, så som fare for retraumatisering, god nok oppfølging underveis og i etterkant og en ubalanse i forhold til målet med prosjektet og i hvilken grad dette var i pasientens beste interesse. Det skal ikke utelukkes at dette er en mulighet for videre undersøkelser, dog kreves dette et større rammeverk enn det en hovedoppgave kunne tilsi i dette formatet.

Til slutt ble det valgt å belyse temaet fra behandleren sin side, ut ifra de erfaringene man har gjort seg i direkte arbeid med denne pasientgruppen. Dette er en interessant vinkling siden det, i tillegg til viktig informasjon om direkte samarbeid med pasienten, avdekker en del ulike utfordringer en behandler kan støte på, både når det gjelder lidelsen og selvskading som problemstilling. I tillegg gir det viktig informasjon i det praksisnære, kliniske arbeidet med pasienter og blir mer underbygget av å innhente informasjon fra primærkilder. Intervjuer med behandler gir dessuten viktig informasjon i forhold til hvordan en bør nærme seg temaet, hvordan dette preger samspillet med pasienten og ikke minst alliansen mellom pasient og behandler.

6.2 Det kvalitative intervju

Det kvalitative intervju bygger på en av de mest basale menneskelige interaksjons- og kommunikasjonsformer: en samtale. Kvalitative intervjuer har, i mange ulike former, lenge vært et hyppig brukt redskap især i psykologien og etter hvert blitt en av de mest brukte metodene for datainnsamling i kvalitativ forskning (Willig, 2013). Kjente skikkelser som Freud (1963) og Piaget (1930) er bare noen eksempler på at det kvalitative intervju har lenge

blitt brukt som vitenskapelig og profesjonell metode (Kvale, 2007). Målet med intervjuet er som regel en dybdeundersøkelse av et individs opplevelse og dets formidling av den om et utvalgt fenomen, beskrevet fra individets ståsted og sett fra dets øyne. Allikevel vil et forskningsbasert intervju skille seg fra en vanlig mellommenneskelig samtale på flere måter. Rollefordelingen er ulik, der forskeren stiller med på forhånd utviklede spørsmål, følger en oppsatt spørsmålstråd som informanten besvarer etter beste evne mens forskeren ikke medgir noe som helst informasjon om sitt eget ståsted og tanker rundt temaet som belyses. Forskeren må derfor også være bevisst på et metanivå, om formålet av intervjuet og måten forskeren kan påvirke intervjusituasjonen og innholdet på ulike måter. Samtidig opprettholder forskeren en balansegang mellom å lede og følge (Willig, 2013). På grunn av en svært strukturert gjennomføring kan denne formen for samtale virke som en svært statisk og kunstig setting som fort kan prege informanten og kan gi en opplevelse av at forskeren står i en sterkere posisjon med tanke på at han / hun leder intervjuet. (Kvale, 2007). Allikevel er et intervju alltid preget av tilstedeværelsen av både informant og forsker og interaksjonen dem imellom. Dette gis uttrykk på forskjellige måter, så som ikke-verbal språk, men også måten forskeren følger opp og fortolker informanten og svarene som gis. Informasjonen som gis blir videre utfylt av at forskeren tar høyde for ulike faktorer rundt selve samtalen: Måten informasjonen blir formidlet på, både direkte verbalt og indirekte ved hjelp av kroppsspråk, tonefall osv. Det er interaksjonen mellom forsker og informant som genererer data (Willig, 2013).

Det kvalitative intervjuet kan kritiseres for noen av sine kvalitative egenskaper. Blant annet har det blitt kritisert for å være for person-orientert, subjektiv og lite vitenskapelig i objektiv forstand, som utfordrer tanken på å kunne kvantifisere og generalisere på et større plan (Kvale, 2007). Allikevel har det kvalitative intervjuet etter hvert blitt mer anerkjent som metode på grunn av sin egenskap som verktøy til å innhente ny kunnskap på en metodisk og systematisk måte. I tillegg har en oppdaget verdien i bruk av kvalitative metoder som et utgangspunkt for videre kvantitative undersøkelser av et fenomen (Kvale, 2007).

6.3 Utvalg

Utvalget bestod av behandlere med minst 1 års erfaring i behandling av traumelidelser generelt og især dissosiative lidelser som DID og DDNOS. De fleste hadde dog betydelig

lengre erfaring enn det. Utgangspunkt har vært en klinikk med spesialistkompetanse på traumelidelser (PTSD og dissosiative lidelser).

Generelt kan antall utvalg variere i stor grad innen kvalitativ forskning. Grovt sett anslås det at intervjustudier kan omfatte 15 +/- 10 intervjusubjekter (Kvale, 2007). Antallet kan fort bli begrenset av ulike faktorer og ressurser, så som budsjett, tidsbruk, tilgjengelighet av informanter osv. Ifølge Smith, Flowers & Larkin (2009) er man i kvalitativ forskning opptatt av kvalitet framfor kvantitet og mener at 3 - 6 deltakere i en studie med IPA som tilnærming forsvarlig. For mange deltakere kan medføre en overveldende grad av svært detaljert data, mens et fåtall gir muligheten til å gå i dybden samtidig som en har mulighet til å kunne trekke konklusjoner om likheter og forskjeller blant deltakerne. I denne studien deltok 5 av de totalt 8 kontaktede behandlerne. Informantene hadde som regel langvarig erfaring i arbeid med både selvsykdom og dissosiative lidelser, især DID, og noe ulik profesjonell bakgrunn. Intervjuene resulterte i en tilfredsstillende grad av rikholdig datamateriale.

6.3.1 Rekruttering

Utvalget ble gjennomført strategisk, tett knyttet opp mot problemstillingen. Siden oppgaven er begrenset til én type pasientgruppe var det naturlig å oppsøke en spesialisthelsetjeneste med kompetanse på traumelidelser, især dissosiative lidelser. Traumepoliklinikken Modum Bad er et slikt sted. Klinikken gir et landsdekkende tilbud - nettopp fordi det finnes svært få av lignende institusjoner. Her er alvorlige plager knyttet til traumer i fokus, det vil si at det er et kompetansested for traumelidelser. Herifra ble det utpekt og anbefalt flere andre fagpersoner med stor grad av kompetanse (det vil si mangeårig) utenfor klinikken. Utvelgelse av deltakere innebar dermed både en strategisk og en snøballmetode.

Av tidsmessige og økonomiske hensyn ble utvalget begrenset til å gjelde fagpersoner i nærmiljøet, noe som kan innebære en potensiell fare for begrenset variasjon. Allikevel ble en viss grad av variasjon sikret i forhold til antall år behandlerne hadde vært yrkesaktiv i psykisk helsevern og ulike arbeidsplasser som omfattet både traumefeltet, men også andre psykiske lidelser.

Fagpersonene ble kontaktet både muntlig og skriftlig i form av epost, der de ble opplyst om

formålet med studien og fikk muligheten til å se på intervjuguide og samtykkeskjema på forhånd (se appendix).

6.4 Etiske vurderinger

Regional Étisk Komité (REK) er et forvaltningsorgan som skal forhåndsgodkjenne forskningsprosjekt for å ivareta etisk forsvarlig forskning. Deltakerne i dette prosjektet hadde samtykkekompetanse og opplysningene de kom med ble taushetsbelagt og anonymisert. Innholdet i intervjuene innebar ikke sensitivt materiale om informantens helse. Det ble dermed ikke tatt kontakt med REK for godkjenning av prosjektet.

Informantene ble tilsendt en forespørsel om deltakelse, intervjuguide og samtykkeskjema i forkant av intervjuene. Skjemaene inneholdt informasjon om gjennomføring, innhold og formål med studien. Det ble gjennomført en muntlig gjennomgang av samtykkeskjema og innhold i intervjuet i selve intervjusituasjonen før intervjuene ble igangsatt.

6.5 Datainnsamling

Intervjuguide / spørsmål

Intervjuet bar preg av å være semistrukturert, det vil si at hovedtråden bestod i

- Terapeutens yrkesmessige bakgrunn
- Terapeutens erfaringer i møte med dissosiativ identitetslidelse generelt
- Terapeutens erfaringer og opplevelser i møte med en selvskadingsproblematikk blant denne pasientgruppen

Oppfølgingsspørsmål ble stilt der det ble ansett som nødvendig, f.eks. for å utdype intervjuerens forståelse, tydeliggjøre terapeutens utsagn og bekrefte en korrekt forståelse av det terapeuten har sagt. Åpne spørsmål ble i noen tilfeller ledsaget av spesifikke spørsmål for å overholde intervjurammen og hjelpe terapeuten med å holde tråden. Overordnet ble intervjuet bygget opp til å begynne åpent og etter hvert mer innsnevret mot det spesifikke

interesseområde. Utvalget bestod av fagpersoner med et fagspesifikt begrepsapparat og relevant kunnskap, slik at spørsmålene ble utformet på en måte som tok utgangspunkt i forhåndskunnskapen deres uten å være nødt til å utdype nærmere visse fagspesifikke termer. Det ble stilt utdypende oppfølgingsspørsmål i tilfeller der intervjueren så det som nødvendig å få avklart og bekreftet forståelsen av innholdet i informantens utsagn.

Intervjuene ble gjennomført ved informantenes arbeidssted. Varigheten av intervjuene var på 50 - 70 minutter. Intervjuene i denne undersøkelsen bar preg av ulik tidbsruk på grunn av variert behov for avklarings- og / eller oppfølgingsspørsmål.

6.6 Validitet og reliabilitet

Validitet (gyldighet) refererer til om en har faktisk undersøkt det en skal undersøke (Kvale, 2007). Det vil si: Hvordan kan vi være sikre på at vi undersøker det vi tenkte å undersøke?

Validitet i kvalitative studier kan utfordres på andre måter enn i kvantitative studier.

Sistnevnte innebærer blant annet kunstige settinger og svært kontrollerte datainnsamlingsteknikker for å sikre en høyest mulig grad av validitet (Willig, 2013). I kvalitative studier finner man en større grad av fleksibilitet og variasjon i metodene som anvendes for datainnsamling. Allikevel tillater denne fleksibiliteten samtidig et rom for gjensidig avklaring av sentrale begrep og fenomen mellom forsker og deltaker (Willig, 2013). I denne studien bestod utvalget av fagpersoner som delte en felles språklig og innholdsmessig forståelse av fenomenets terminologi. Både informantene og forskeren var godt kjent med begrepene dissosiativ identitetslidelse og selvskading slik det er allment definert. Dette reduserte faren for en ulik fortolkning av disse slik de ble brukt i intervjuet. Videre bar intervjuene preg av flere oppfølgingsspørsmål for å avklare en forståelse av informantens svar. Sistnevnte vil også ha en betydning for reliabiliteten av studien.

Reliabilitet (pålitelighet) beskriver stabilitet og konsistens i funn et visst måleinstrument gir. I kvalitativ forskning er en opptatt av å få dybdekunnskap om et spesifikt fenomen. Dette medfører at en som regel vil få data som er preget av individuelle refleksjoner om og beretninger om varierte opplevelser av fenomenet. Utgangspunktet er dermed ikke å anvende et forhåndsbestemt mål som skal kunne forventes å gi samme resultat på tvers av ulike

settinger, men et muligens unikt perspektiv på detaljnivå (Willig, 2013). Innfallsvinkelen vil allikevel være preget av forskeren, både som intervjuer og fortolker.

I analysen av datamaterialet spiller forskeren en sentral rolle. Det er ikke bare selve intervjuet, men også måten forskeren fortolker og framstiller datagrunnlaget på som påvirker validiteten og reliabiliteten av en studie. Forskerens *refleksivitet* er et viktig begrep og del av å ivareta validitet. Willig beskriver to typer refleksivitet; personlig refleksivitet som innebærer en bevissthet om hvilke faktorer ved forskeren (verdier, erfaringer, interesser osv.) som kan ha hatt en påvirkning på undersøkelsen, og epistemologisk refleksivitet, som omfatter i hvilken grad prosjektformuleringen har definert og muligens begrenset fenomenet som skal undersøkes, samt hvordan valg av metode og analyse har påvirket data og funn (Willig, 2013). Refleksivitet er dermed et viktig element å belyse. Jeg hadde i forkant av undersøkelsen befunnet meg i en profesjonell relasjon med de fleste av informantene fra klinikken, først som hovedpraksisstudent og deretter som ansatt, noe som kan ha hatt en innvirkning på selve intervjusituasjonen. En fortrolighet med både personalet og det faglige innholdet kan ha styrket en gjensidig forståelse av prosjektets formål og det fagterminologiske innholdet i selve intervjuguiden. Videre kan et bekjentskap fra før av ha bidratt positivt til en verdifull rapport mellom intervjueren og informant. Allikevel kan det også ha medført et innsnevret perspektiv på og forståelse av det undersøkte fenomenet og et medfølgende svekket kritisk blikk på datamaterialet. Desto viktigere var det å være seg bevisst sin egen refleksivitet under dataanalysen og ikke minst framstillingen av resultatene. Fokuset var dermed først og fremst på informantens utsagn for å sikre en inngående utforsking av opplevelsesaspektet.

6.7 Interpretativ fenomenologisk analyse (IPA)

IPA ble utviklet av Jonathan Smith med hensikt om å kunne dybdeundersøke den enkeltes opplevelsesverden på detaljnivå innen psykologi. Selv om IPA er en relativt ny metode fra midten av 90-tallet springer den ut av tre kjerneelementer kjent fra filosofien om kunnskap, så som fenomenologi, hermeneutikk og idiografi.

I en *fenomenologisk* tilnærming ligger interessen i å utforske et fenomen slik det er subjektiv erfart og opplevd av informanten. Målet er ikke å avdekke underliggende årsaker for

informantens opplevelse, men en dybdeforståelse og innblikk i hvordan det er å ha denne opplevelsen (Willig, 2013). En forutsetning for å anvende en fenomenologisk metode er dermed å ta for gitt at informantens opplevelse er en virkelighet. Denne skal forskeren tre inn i, analysere og finne mening i. En av de første som fremmet en fenomenologisk tankegang var Husserl, som mente at en slik dybdeforståelse i opplevelsesverden krever en "innovervendt" refleksjon rundt vår subjektive opplevelse, noe som igjen krever en bevisst persepsjon av verden rundt (Smith et al., 2009). Husserls idé om fenomenologi ble etter hvert videreført og -utviklet på forskjellige måter. Heidegger, som introduserte tanken om intersubjektivitet, satte fokus på en hermeneutiske vinkling og graden i hvilken mennesket til enhver tid befinner seg i en kontekst med omverdenen som gjør at menneskets persepsjon vil alltid være preget av et visst subjektivt perspektiv (Smith et al., 2009).

Hermeneutikk, læren om fortolkning, ble opprinnelig utviklet i forbindelse med interpretasjon av bibelske tekster (Smith et al., 2009). Heidegger samlet hermeneutikk og fenomenologi i tanken om at en utforsking og forståelse av et fenomen alltid vil innebære en grad av interpretasjon for å kunne gå i dybden på det (ref. innovervendt refleksjon), samtidig som denne interpretasjonen er farget av forskerens egne meninger, erfaringer og perspektiv. (Smith et al., 2009). Dette oppsummeres i IPA, en interpretativ (*hermeneutisk*) *fenomenologisk* tilnærming.

En av de grunnleggende antakelsene i IPA er at mennesket stadig prøver å fortolke sine erfaringer, det vil si prøver å skape mening av dem. Et forsøk på å få et innblikk i og en forståelse av et menneskets opplevelsesverden vil dermed være påvirket av hvordan dette mennesket tillegger mening til sine erfaringer og opplevelser, samt hvor mye av denne opplevelsen individet deler (Smith et al., 2009). Dette medfører at forskerens forsøk på å gi mening innebærer en *dobbel hermeneutikk* ifølge Smith et al. (2009), da forskerens utgangspunkt er individets forsøk på å gi mening til sin opplevelse.

IPA er dermed preget av bruk av refleksjon og individuelle opplevelser (Husserl), samtidig som en tar høyde for mennesket som innlemmet i en større kontekst og medfølgende interaktive elementer som preger forståelsen og persepsjonen av omverden (Smith et al., 2009). Selv om individets subjektive erfaring står i fokus og er av interesse vil måten den forstås på alltid være preget av forskerens eget perspektiv og interaksjonen mellom forsker og informant (refleksivitet).

Innen fenomenologien finner en både deskriptive og interpretative tilnærminger. Førstnevnte tar utgangspunkt i "råmaterialet" uten å legge til eller fra mening attribuert til innholdet (Willig, 2013). I interpretativ fenomenologisk analyse søker man en større grad av forståelse av opplevelsen, satt inn i en større kontekst. Her tar man i tillegg høyde for at en beskrivelse av et individs opplevelse alltid vil være preget av en viss grad av *interpretasjon* fra forskeren (Willig, 2013). Interpretasjon er dermed et sentralt element i å evaluere datagrunnlaget. Interpretasjon gir mulighet til både analyse og meningsskaping av foreliggende data (Willig, 2013). I interpretativt fenomenologisk analyse vil opplevelsesaspektet av det fortalte være mest interessant. Det vil si at en tar utgangspunkt i en levd situasjon sett fra individets ståsted, samt måten individet formidler den på. Hovedvekten ligger på betydningen av opplevelsen og har utspring i en empatisk framfor mistenksom tilnærming, det vil si at forskeren er interessert i å komme så nærme et individs erfaring som mulig (Willig, 2013).

IPA fremhever en idiografisk tilnærming, det vil si at en er opptatt av enkeltfenomener. Derfor beror en interpretativ-fenomenologisk analyse på en inngående, detaljorientert og systematisk framgangsmåte for å undersøke et enkeltfenomen sett fra individets ståsted. Et utvalg vil nødvendigvis være nokså lite, siden en ikke er opptatt av å kunne generalisere på gruppe- eller populasjonsnivå som en ofte er innenfor kvantitativ metode (Smith et al., 2009).

6.8 Dataanalyse

Denne studiens formål er å utforske terapeuters forståelse og tilnærming til selvskading blant en utvalgt pasientgruppe. Fokus er dermed terapeuters opplevelse og forståelse av et spesifikt fenomen, slik de opplever det. Interpretativ fenomenologisk analyse ble dermed et passende verktøy for dataanalysen.

I dette prosjektet ble transkriptene analysert hver for seg til å begynne med, i tråd med den idiografiske tilnærmingen innen IPA med fokus på hver enkel informant (Smith et al., 2009). Spesielt interessant i dette prosjektet var det å sammenligne foreliggende innhold i intervjuene etter en gjennomført idiografisk tilnærming med hverandre for å kunne identifisere eventuelle likheter og / eller forskjeller i temaene som fremstod. For å understøtte en slik sammenligning er det viktig å begrense utvalget til et nokså homogent utvalg, samt å

holde størrelsen på utvalget noenlunde lavt i tråd med det idiografiske fokuset i IPA (Smith, 2009). Begge punkter er oppfylt i dette prosjektet, da utvalget ble begrenset til personer innenfor en viss yrkesgruppe innenfor et begrenset fagfelt og utvalgsstørrelsen ikke var på mer enn 5 informanter. Et hyppig bruk verktøy innen IPA er semistrukturerte intervjuer som metode for datainnsamling. Spesielt viktig er det at intervjuet er preget av åpne spørsmål for å gi informanten rom til å utfolde og utdype sin opplevelse (Willig, 2013).

Analysen av foreliggende data i form av lydopptak ble gjennomført på flere trinn, basert på IPA hos Smith et al. (2009). Først ble intervjuene transkribert i sin helhet, verbatim. Materialet utgjorde totalt 87 sider. Transkripsjonene ble deretter utgangspunkt for informantenes opprinnelig verbale uttrykk av sin opplevelse (Willig, 2013). Etter det ble transkripsjonene lest mens det ble lyttet til den tilsvarende lydfilen. Videre ble det gjennomført en eksklusjon av småord og påbegynte setninger som ikke stod i direkte kontekst eller var meningsbærende i forhold til innholdet.

Transkripsjonene ble lest igjen i sin helhet, med utforskende *kommentering*. Kommenteringen bestod i hovedsak av to ulike kategorier: deskriptiv kommentering og begrepsmessig kommentering (Smith et al., 2009). *Deskriptiv* kommentering innebærer en beskrivende oppsummering av hovedtemaene, mens *begrepsmessig* kommentering har et mer interpretativt preg ved å gå dypere og løfte fram mening og forståelse i det informanten sier. Deretter ble kommentarene oppsummert i form av ulike temaer. I analysen beveger man seg dermed bort fra det opprinnelige transkript, dog vil en nøye og gjentatt gjennomgang av disse samt grundig kommentering være med på å sikre å snevre inn materialet på en best mulig måte uten at relevant innhold går tapt. Temaene gjenspeilet både innholdet i utsagn og fortolkningen av disse. Analysen av transkriptene resulterte i 4 temaer med henholdsvis ett eller flere undertemaer som belyser terapeutenes opplevelser i møte med selvskadingsproblematikk blant pasienter med en dissosiativ identitetslidelse

7 Resultater

I denne delen av oppgaven vil temaene bli presentert i form av en narrativ fremstilling illustrert med sitater og kommentarer. Temaene presenteres først i tabellen under, for deretter å bli gjennomgått hver for seg.

Hovedtemaer med tilhørende undertemaer

1. I møte med DID

Sterke møter

2. Den destruktive

Selvskadingens alvor

Et vanskelig tema

Den indre dynamikken

Amnesi - utilgjengelighet

3. En terapeutisk tilnærming

Funksjon

Tematisering av et vanskelig tema - ta kontakt med den sinte

Metodikk / Verktøy

4. Muligheter

Et viktig arbeid

Et givende arbeid

7.1 Tema 1: I møte med DID

Under dette tema utforskes det hvilke opplevelser terapeutene hadde i sine første møter med pasienter med en dissosiativ identitetslidelse. Samtlige kunne berette om et første møte før den teoretiske forståelsen om traumelidelser og dissosiasjon hadde blitt etablert, mens noen var godt kjent med denne i teorien og berettet om sine første møter med teorien i praksis.

7.1.1 Sterke møter

Samtlige av terapeutene berettet om sitt første møte med pasienter med en dissosiativ identitetslidelse som en sterk erfaring og et viktig møte. Det var en ulik grad av forkunnskap om traumelidelser, dissosiasjon og DID blant dem, dog beskrev samtlige at det første møte med lidelsen etterlot et sterkt inntrykk.

"Da fikk jeg min første pasient, altså det vil si at jeg fikk en pasient som ville snakke, som ville arbeide med noe hun trodde var, handlet om overgrep. Da begynte jeg med, sånn som jeg pleide, å snakke om hva pasienten husket osv. Det som skjedde da var totalt overraskende for meg og veldig forvirrende [...] Så det jeg liksom var veldig i stuss over var 'Hva er dette for noenting?'. Jeg skjønnte det ikke."

Terapeuten beskriver at tilnærmingen hun tidligere hadde brukt med pasienter med en traumehistorie - bearbeiding ved hjelp av å snakke om opplevelsene - ikke hadde ønsket effekt på denne pasienten. Terapeutens forvirring kan tolkes å være forårsaket av en forventning om hvordan pasienten skulle reagere på hennes tilnærming. Tvert imot reagerte pasienten på en måte som terapeuten var helt uforberedt på og medførte en sterk opplevelse av å ikke vite hva det var hun stod overfor. En del av terapeutene kunne også berette om en opplevelse av en annerledeshet og en situasjon som var ladet uten å kunne definere helt konkret hva det denne annerledesheten bunnet i, men som kunne oppleves som utfordrende:

"M-hm, ja, det syntes jeg var kjempevanskelig [...] men jeg merket at det var noe som var veldig, veldig annerledes [...] Og det var et forferdelig ubehagstrykk i rommet opplevde jeg og så kjente jeg meg da veldig hjelpeløs."

Terapeuten beskriver sitt første møte som veldig vanskelig og utfordrende, samt et ubehag "i rommet" med en intensitet som forårsaket en følelse av hjelpeløshet i terapeuten. En annen

terapeuten beskrev en intuitiv opplevelse av en grad av spenning i rommet som utløser en blanding av følelser i terapeuten; en årvåkenhet og en fascinasjon.

"Det bare, det var bare sånn - dirrer i luften, du bare syns at det er veldig spennende og veldig skummelt, på samme tid. M-hm." (B4)

7.2 Tema 2: Den destruktive

Tegn på selvskading kunne framstå i variert grad og omfang for de forskjellige terapeutene. Allikevel kunne de fleste vitne om at selvskading i seg selv var et vanskelig og utfordrende tema. Selvskading ble forårsaket og / eller utført av noe som de betegnet som en svært destruktiv og sint kraft som det var vanskelig å tematisere og få kontakt med - en sint eller aggressiv del. Selvskading kan ta ulike former, men vil som regel framstå som svært alvorlig for de fleste terapeutene. Flere kom med konkrete eksempler på hvilke former selvskading kan ha blant deres pasienter.

7.2.1 Selvskadingens alvor

Dette tema belyser hvordan selvskadingen framstår for terapeutene ved hjelp av konkrete eksempler. Som regel vil selvskading innebære et nokså vidt spekter av ulike former og alvorlighetsgrad, men alltid medføre alvorlige konsekvenser på kort eller lang sikt. Selvskading er dessuten som oftest en pågående problematikk mens pasienten er i behandling.

"Hvor altså som var, skadet seg veldig, veldig alvorlig. Eller både alvorlig og ikke så alvorlig, så det varierte, men. Men innimellom så var det så alvorlig og at hun æhm ja måtte på sykehuset og de måtte, altså de måtte gjøre noe med disse sårene for at de skulle lukke seg eller, altså jeg vet ikke helt hva det var. Men det var altså, det var veldig, veldig alvorlig."

Terapeuten framhever hvor alvorlig selvskadingen - kutting - hos hennes pasient framstod. Graden av alvor kunne variere, men allikevel poengterer terapeuten hvor alvorlig selvskadingen og konsekvensene av den for pasientens helse var.

"Jeg har en pasient som er en svært aktiv selvskader, hun kutter seg hver dag. Hun er på legevakten flere ganger i uken, hun kaster opp så mange ganger om dagen at hun har pådratt seg egentlig fysiske, altså hun blir fysisk syk av det. Det er noe med hvordan saltbalanse og med hjertefunksjon, så hun kan faktisk sikkert snart dø av det fordi hun har holdt på med dette såpass lenge."

Terapeuten beskriver et konkret eksempel på en av mange pasienter hun har møtt med en aktiv, altså pågående selvskadingsproblematikk. Alvorligheten av selvskadingen trer tydelig fram og har blitt til et spørsmål om liv eller død på grunn av de fysiologiske konsekvensene det har medført.

"For de pasientene jeg har hatt så har det da typisk vært å rispe seg med kniv, typisk i armen og mange på lårene kanskje og så har det vært da at noen har hatt det sånn at de hva skal jeg si, trenger å se mest mulig blod [...] og så har det vært mange flere som har hatt det med å brenne seg med sigarettter eller forskjellige gjenstander på kroppen, så har de fått brannsåre og også er det mange i tillegg som ikke spiser f.eks. uten at de nødvendigvis har en spiseforstyrrelsesdiagnose [...]"

Terapeuten beskriver et spekter av selvskading, dog er kutting og brenning de mest framtrepende. I tillegg nevner terapeuten en form for selvskading ved å ikke spise, men som ikke ville kvalifisere til en spiseforstyrrelsesdiagnose. I andre tilfeller vil terapeuten ikke få et så detaljert innblikk i måten pasienten skader seg, men vil allikevel kunne ha en fornemmelse av alvorlighetsgraden i det.

"Nei det æh, jeg tenker primært på én pasient som æhm hvor jeg fortsatt ikke vet helt liksom omfanget æh, hvor ille det har vært, jeg har noen fantasier og det synes jeg er virkelig, grunnen til at jeg synes det er et litt interessant eksempel da, er at, du kan ha en del av de som kutter seg og det blør veldig mye og det blir veldig synlig for omverden og de må stadig på legevakten - hun var ikke sånn, men antageligvis minst like destruktiv æh men veldig sånn i det skjulte. Æh den samme pasienten brenner seg, både på ovn og i dusjen med kokende varmt vann."

Det brede spekteret av former for selvskading medfører en ulik grad av synlighet for utenforstående. Noen pasienter vil måtte oppsøke hjelp for selvskadingen, mens andre bruker

metoder som medfører at selvskadingen foregår helt i det skjulte. Allikevel kan metodene være like destruktive og alvorlige. Ofte vil terapeuten dessuten oppleve at selvskadingsproblematikken er pågående mens pasienten går i behandling. I noen tilfeller må terapeuten forholde seg direkte til selvskading i behandlingsrommet.

"Hvertfall to av damene kutter seg nok nå. [...] så det hun vil gjøre i timene her er jo det å skolde seg på badet, med veldig varmt vann eller få tak i en vannkoker og helle vann. [...] Hun har skadet seg på mange måter, hele spekteret av kjempealvorlig selvskading [...]"

7.2.2 Et vanskelig tema

Den destruktive delen kunne framstå på ulike måter utover tegn på selvskading for terapeutene. En av terapeutene beskriver hvordan den destruktive delen kom til syne for henne:

"Åh, altså det var jo, altså selvskading var jo - eller jeg vet ikke om jeg ville kalt det selvskading sånn i første runde, men det at hun hadde en destruktiv del da. Og når hun var i det destruktive så ble hun, da så hun farlig ut. Altså hun fikk svarte øyne, hun ja, altså det var sånn at hun skremte folk rundt seg og jeg husker at jeg da også tenkte at 'Hvordan skal jeg jobbe med dette her?'. "

Tilstedeværelsen av den destruktive delen kunne være en ubehagelig opplevelse, både for terapeuten og pasienten. Flere terapeuter beskriver pasientens frykt for å komme i kontakt med den destruktive delen og utfordringen det resulterer i når terapeuten prøver å tematisere selvskadingen.

"[...] men hvis vi sier at den voksne delen i pasienten er ofte skamfull [...] synes det er ubehagelig naturligvis og flaut og rart og er redd for seg selv, redd for hva hun kan finne på, redd for at la oss si disse i henne som driver den selvskadingen skal på en måte få overtaket, makten, derfor så er jo den voksne pasienten redd for å la kanskje terapeuten slippe til fordi at da tror man jo forståelig nok at da kan terapeuten gjøre at de delene som driver den selvskadingen får mer plass og mer autoritet og mer myndighet og sånn, at selvskadingen øker, men det er ikke min erfaring at det gjør. Så derfor så er mitt svar at pasienten selv er jo litt tilbakeholden med å skulle snakke om dette fordi det er så følsomt [...]"

Terapeuten beskriver en hjelpeløshet i pasienten, der pasienten opplever en frykt og lite kontroll i forhold til selvskadingen. Hun refererer til pasienten som den voksne delen, det vil si hun antyder at hun står overfor flere deler enn bare den destruktive i møte med pasienten i rommet. Terapeuten responderer på pasientens frykt med forståelse og en trygghet i at en tematisering av selvskading ikke vil medføre en forverring av det. Flere terapeuter beskriver pasientens frykt for den destruktive delen som en fobi. Denne fobien opplever noen av terapeutene som en hindring for å kunne komme i kontakt med den destruktive delen:

"[...] men hun hovedpersonen har jo en sånn veldig fobi i forhold til selvskadingen og den delen, sånn at vi strever veldig med å finne en inngang i forhold til hvordan skal vi jobbe med det. - Så det er et virkelig sensitivt område å komme inn i altså. Eller vanskelig."

Igen får vi en beskrivelse av pasienten som en delt enhet, denne gangen omtales pasienten som hovedperson. Fobien påvirker hvordan pasienten selv forholder selv til selvskadingen og tegn på det og vil ofte prøve å holde selvskadingen skjult.

"[...] mens jeg tenker med denne gruppen så er det jo ofte noe de holder veldig skjult, ikke sant, de er veldig diskre og æhm ja gjemmer det, det kan være vanskelig å komme i posisjon da i og med at de er så diskre i forhold til det som skjer."

Fobien medfører at pasienten - med noen unntak - ikke vil meddele noe om selvskadingen selv og dermed gir terapeuten lite rom til utforskning. Ofte kan selvskading dukke opp i forbindelse med et annet tema som er knyttet til helsemessige konsekvensene selvskadingen kan ha hatt for pasienten.

I mange tilfeller er selvskading knyttet til flashback om tidligere traumer og blir tematisert i forbindelse med det:

"For pasienten kommer ofte ikke til å si det selv, hvis ikke det er ytterst nødvendig å måtte si det selv. [...] Og som sagt, det er nesten tilfeldig om man greier å få tak på det, ikke sant, det er jo kanskje at de forteller om et flashback eller det med legen som jeg fortalte om, altså det er på en måte ikke, det meldes ikke ut som 'Jeg strever med det, kan du hjelpe meg med det' nødvendigvis."

7.2.3 Den indre dynamikken

Samtlige terapeuter beskriver en indre dynamikk iboende i pasienten. Denne dynamikken er sammensatt av flere ulike krefter eller deler som står i et gjensidig forhold til hverandre. Det betyr at pasienten ikke bare har en destruktiv del som terapeuten vil prøve å komme i kontakt med, men at det finnes flere andre deler i tillegg. Flere terapeuter beskriver nødvendigheten av å kunne få innpass i pasientens indre for å kunne adressere selvskading:

"Æhm og det som jeg husker at jeg det var veldig utfordrende for meg, for jeg ville jo gjerne at vi skulle ... holde en æh altså holde et fokus på det, finne litt ut av det, finne ut og særlig for det var så knyttet til da en del som overtok og som hun hadde lite kontroll over, så jeg var jo veldig interessert i å komme i posisjon i forhold til denne dynamikken, denne indre dynamikken."

Terapeuten beskriver hennes forsøk på å tematisere selvskading med en av hennes pasienter, der hun nærmest må komme seg forbi pasientens ytre og få innpass i den indre verden og delen som pasienten selv har lite kontroll over.

"[...] sånn som jeg forstår det nå og sånn som jeg synes veldig mange av de pasientene jeg jobber med, presenterer det, er jo dette med denne indre dynamikken på en måte [...] Og så har vi da prøvd å forholde oss til denne indre dynamikken da, og det gir henne mening, men samtidig så har hun ikke klart å redusere det."

"[...] altså ikke sant, det er jo et indre system, så hvis du holder på med den ene biten så skjer det noe i den andre biten."

Terapeuten må være observant på systemet som en helhet, ikke bare den selvdestruktive delen i det og være var på at et arbeid med en av delene vil medføre en effekt på en eller flere andre deler.

"Og det er jo nøkkelen vil jeg si til å komme inn til hvordan dette systemet fungerer, få innpass der med min måte å hva skal jeg si, tilnærme meg liksom ikke bare selvskadingen, men tilnærme meg hele balansen liksom i hvordan dette indre galleriet liksom fungerer seg imellom."

Den indre dynamikken er et viktig element som terapeuten er nødt til å forholde seg til. Selvskading blir dermed et indirekte tema. Terapeuten står overfor et rikt indre landskap med ulike deler som gir seg utslag i blant annet selvskading, der hovedpersonen bærer på de ytre tegnene - arrene - av det. Selvskadingen blir dermed en måte å nærme seg på, men på langt nær den eneste problemstillingen som det er viktig å jobbe med.

7.2.4 Amnesi - utilgjengelighet

Til tross for at den destruktive delen kan vise seg på ulike måter vil de aller fleste pasienter oppleve en form for amnesi knyttet til selvskading. Terapeutene opplever amnesi som kjennetegn på denne gruppen når det gjelder de fleste formene for selvskading.

"Okay, men for man kan jo si- altså det er mye man kan si om sin forståelse av hvorfor det er så avkoblet og hvordan det har blitt sånn, men ja, at det er sånn er i hvert fall helt sikkert. Altså at det er amnesi for handlinger som de ulike deler gjør og særlig ift hva denne da aggressive delen som mye står for selvskadingen holder på med. Pasienten kan være helt klart overrasket og redd når hun ser seg selv etterpå."

Terapeutens forståelse av amnesien er at den er knyttet til ulike delers handlinger som pasienten ikke er i kontakt med. I slike tilfeller skjer selvskading dermed i en tilstand av dissosiasjon, der pasienten er så frakoblet at den ikke klarer å gjøre rede for hendelsesforløpet.

"Og hvor hun æh og hun husket jo ikke noe av det som hadde skjedd og hun våknet - det som skjedde var at når på et eller annet tidspunkt under den skadingen, så våknet hun og så kom hun tilbake til seg selv da æhm og ble da veldig ansvarlig med én gang. Hun hadde jo ikke noe ønske verken om å dø eller å skade seg selv, denne, denne delen av henne som hun hadde mere, denne hverdagsfungeringen da."

I tilfeller der amnesi forekommer i forbindelse med selvskadingen vil pasienten komme til seg selv. Noen kan bli bevisst på selvskadingen i prosessen, mens andre vil oppdage tegn på selvskading i etterkant av selve handlingen. Det er interessant å se at denne terapeuten beskriver en kontrast i pasienten selv: Deler av henne som forårsaker selvskading, mens

pasienten, her betegnet som den hverdagsfungerende delen, ikke har noe ønske om dette. Forekomsten av amnesi henger sammen med hvilken form for motivasjon som ligger bak selvskadingen. Samtlige terapeuter beskriver at selvskading kan være knyttet til ulike grader av bevisstheten rundt det. Det betyr at selvskading kan forekomme langs et kontinuum av bevissthet, med tilfeller av komplett amnesi knyttet til hendelsesforløpet i noen tilfeller og en tilstedeværelse av bevissthet og økt grad av kontroll for selvskadingen i andre. Mens amnesi som oftest er knyttet til handlinger av en del kan det i andre tilfeller av selvskading dreie seg om en bevisst form for regulering.

"Den første pasienten husker nok ikke, for der er det en veldig elaborert og ung del framme som gjør det, hun husker det ikke. Og hun andre som ødela seg på så veldig mange måter, hun husker det nok og så er det også mye i henne som gjorde det for å kanskje også håndtere det kjøret på innsiden, for å døyve, for å kverne det."

7.3 Tema 3: En terapeutisk tilnærming

Terapeutene opplever at selvskading er en del av en sammensatt problemstilling hos denne pasientgruppen. Terapeutens tilnærming blir like sammensatt og består i å både kunne forholde seg til selvskading som problematikk, samtidig som den skal settes i en større sammenheng, det indre systemet i pasienten. Terapeuten er nødt til å forholde seg til det faktum at det ikke bare er pasienten terapeuten møter fysisk i rommet som en må forholde seg til, men flere ulike deler i pasienten i tillegg. Teorien om strukturell dissosiasjon (Van der Hart, Nijenuis & Steele, 2006) blir en viktig veileder i dette arbeidet for samtlige terapeuter. Den teoretiske forståelsen bør bli supplert med flere ulike praktiske metoder i det kliniske arbeidet. Samtlige terapeuter poengterer at en tilnærming preget av en god teoretisk forståelse og meningsskaping er helt sentralt i å kunne adressere, tematisere og jobbe både direkte og indirekte med selvskading.

7.3.1 Funksjon

"Det kommer fra den teorien om strukturell dissosiasjon. For det er der det liksom er sånn hands-on forståelsen av hvordan de opplever at de strever og hvordan de ser ut på innsiden."

Terapeuten forklarer at forståelsen hennes er bunnet i teorien om strukturell dissosiasjon, som gir henne en teoretisk forståelsesramme for hvordan hun kan forstå pasienten og hele dens problematikk i praksis.

"Så det er vel det ene, at måten jeg tenker om det på, om forståelsen og overlevelsesstrategi, at det har en god grunn, at det har en funksjon, disse mantraene på en måte, at det er liksom første inngang til å i det hele tatt kunne undersøke det og studere det nærmere."

"Ja, altså, æhm, jeg tenker jo hele det, den forståelsen av det å dissosiere, at det er en måte å spalte seg opp for å beskytte noen funksjoner [...] Og i den spaltingen så har det en pris på en måte, at da blir det destruktive så veldig mye mer konsentrert og sterkt [...] så tenker jeg at, ja både det å forstå oppspaltingen som en overlevelse helt fra barndommen."

Dissosiasjon blir forstått som en overlevelsesmekanisme, der opplevelsene medfører en oppspalting i ulike deler av personligheten for å kunne ivareta funksjonsnivået til personen. Ulike deler i pasienten er tett knyttet opp mot tidligere traumatiske erfaringer og er med på å opprettholde personens evne til å fungere i det daglige, ved å ivareta de traumatiske elementene og hverdagsfunksjonen hver for seg. Terapeutene gir uttrykk for at denne forståelsen er et helt nødvendig utgangspunkt for å kunne utforske selvskadingen.

"Så noe av som kanskje mange som kommer fra andre felt vil synes er rart, er jo, jeg husker for eksempel igjen Nijenhuis (2006) som sier uansett selvskading så 'There must be a very good reason for that', altså at de hele tiden møtes med at det er gode grunner til at dette gjøres, at det har en funksjon, for helheten på en måte, for pasienten, for å overleve og at man er ute etter og leter etter den."

Den teoretiske forståelsesrammen innebærer at alle former for selvskading har en funksjon hos pasienter med en dissosiativ identitetslidelse. Slik terapeuten beskriver det kan denne måten å nærme seg selvskading på virke "rart" i forhold til andre perspektiv. Det kan virke kontraintuitivt å nærme seg et så alvorlig og destruktivt fenomen med en så stor grad av aksept og forståelse. Allikevel tar terapeuten utgangspunkt i dette i sitt kliniske arbeid. Addressering av, og tilnærming til selvskading skal bære preg av aksept og det er viktig for terapeuten å formidle forståelse. Samtlige terapeuter opplever at det er nødvendig å ha et overordnet blikk på pasienten og dens indre landskap, især den destruktive delen, i forståelsen av selvskading.

"Det blir en slags sånn portvakt som passer på at det som er bak der ikke kommer fram, som en tiger som 'Pass dere, pass dere, ikke kom med noe av dette, jeg skal drepe dere hvis dere holder på sånn med den griningen' f.eks. sier jo på en måte den aggressive delen da til la oss si minnene eller barnedelene eller hva du vil kalle det."

Den destruktive del en blir beskrevet som en svært aktiv, truende kraft som sørger for at minner knyttet til tidligere traumer ikke når ut til blant annet terapeuten og hindrer både pasient og terapeut i å komme i kontakt med dem og ubehaget som er knyttet til minnene og de tidligere traumatiske opplevelsene.

"Mange av de hva skal jeg si, kroppslige reaksjonene som kom under eller etter overgrepene sitter jo fremdeles i kroppen, sånn at- det er jo derfor også at den selvskadingen blir regulerende ikke sant for at den selvpåførte smerten tar på en måte vekk den smerten som kom fra noe annet, ja."

Selvskadingen har en regulerende funksjon for å holde tilbake eller undertrykke ulike fragmenter av de traumatiske opplevelsene, men det betyr ikke at de er borte. Det er en fortløpende dynamikk mellom delene som bærer på de emosjonelle opplevelsene av traumene og delene som sørger for at disse ikke kommer til uttrykk.

7.3.2 Tematisering av et vanskelig tema - ta kontakt med den sinte

Samtlige terapeuter gir uttrykk for at det er en høy forekomst av selvskading blant pasienter med en dissosiativ identitetslidelse. Som nevnt opplever samtlige av terapeutene at selvskadingen har en alvorlighetsgrad som gjør det nødvendig å adressere dette tema i terapien, til tross for utfordringer knyttet til amnesi, fobi og frykt i pasienten for delen(e) som ligger bak selvskadingen.

"[...]men jeg vet at andre (terapeuter) har opplevd det at noen ganger så kan man bli redd for at det man faktisk, når man adresserer noe, at de skal, at det skal utløse det, ikke sant, ehm så at man kan la seg stoppe litt av det da. Æhm men jeg tenker jo at hvis det er hvis det er et stort, hvis det er et tema i et menneskets liv så tenker jeg at det er et veldig viktig tema å adressere [...] hvis det er en veldig vesentlig måte de håndterer livet sitt på og som også er

såpass skadelig på sikt [...] så kan det ikke ligge for seg selv da, altså det blir så viktig å finne måter å komme til temaet på [...]"

Terapeuten poengterer at selvskading kan være et prekært tema å nærme seg og forteller om andre terapeuters i frykt for at en belysning av det vil medføre en økning av selvskadingen. Allikevel framhever terapeuten viktigheten av å adressere et tema med så alvorlige konsekvenser på lang sikt. Måten terapeuten reagerer på selvskadingen blir dermed en viktig faktor i tilnærmingen.

"Åh og jeg prøvde ikke å bli for sjokkert, på en måte. [...] Men da tenker jeg jo at det er vel så viktig å gi dem en symbolsk mening for hvorfor de trenger å gjøre det de trenger, så jeg tror, jeg har et veldig mål om å være overhodet ikke moraliserende i møtet med selvskading, at det ikke blir sånn 'Det må du slutte med' fordi at jeg vet jo at de ikke hadde kommet og sagt det til meg hvis de hadde kunnet slutte med det selv."

Måten pasienten blir møtt på er utslagsgivende for å kunne skape tillit og kontakt med både pasienten og delene. Ofte har pasienter opplevd å bli møtt på en uhensiktsmessig moraliserende måte tidligere.

"Jeg har en stil hvor jeg spør mye direkte, jeg kan si 'Er det sånn at du eller noen i deg trenger å skade kroppen på en eller annen måte når følelsene blir for sterke eller noe blir for vanskelig?' og da vil de fleste mer eller mindre svare ja på det. Så det går an å snakke åpent, altså med hensyn til å adressere denne problematikken, å ha samtidig en aksepterende holdning og være nysgjerrig eller, altså i positiv forstand, være oppmerksom på dette, er en god intervensjon."

Mange opplever at det er mest hensiktsmessig å adressere selvskading direkte. En god intervensjon innebærer en oppmerksomhet på selvskading og det å møte pasienten med en aksepterende og nysgjerrig holdning. Samtidig tar terapeuten høyde for at det kan være pasienten selv og / eller deler i pasienten som gjennomfører selvskading.

"Og det jeg gjør ofte helt konkret fra starten av når jeg ikke har noe særlig sånn opparbeidet tillit eller har liksom ikke jobbet lenge med klientene, så kan jeg si noenting til systemet der inne da som 'Tror dere at dere ville klare å skade dere litt mindre?' og da bruker jeg liksom

min forståelse av at det er noen, hva skal jeg si, krefter som fremdeles trenger å holde på med dette, men mitt prosjekt er jo da å både for min del og som terapeut å få mer kontakt med de kreftene, og hjelpe klienten til å få mer kontroll over det. Det er egentlig ikke så vanskelig."

Terapeuten beskriver at hun tidlig går inn for en redusering av selvskadingen ved å snakke direkte inn til det indre systemet i klienten. Ved hjelp av denne kontakten kan terapeuten hjelpe klienten til å få mer kontroll på selvskadingen. Delene i pasienten kan reagere ulikt på terapeutens forsøk til å ta kontakt fra starten av og terapeuten må forholde seg til at det ikke bare er én person som terapeuten skal få en allianse med og tillit fra, men flere deler.

"Så hvis jeg da fikk et sånt tips om at oj, den sinte i henne tror at jeg skal lure henne, så har jeg måttet jobbe med tilliten, om hvem jeg er, orientere henne om hvem jeg er, om taushetsplikt, om sånne konkrete ting, og så har de bare roet seg. Og så har jeg snakket videre inn, så har jeg sagt 'Kan du nå si videre innover' og så har jeg sagt en setning og så har hun øvd, på en måte lært opp henne til øve på å snakke innover."

Generelt er terapeuten nødt til å forholde seg til at det som oftest vil være flere deler i pasienten til stede som lytter. Det er ikke uvanlig at terapeuten blir møtt med mistro av især de destruktive delene. I slike tilfeller er terapeuten nødt til å snakke til delene via pasienten og gi pasienten hjelp til å kunne snakke til dem selv og. For de fleste vil målet være å kunne få direkte kontakt til især de sinte delene.

"Så jeg vil prøve å dryppe det inn via hovedpersonen, for ofte så hører allikevel disse kampdelene eller sinte delene, de er ofte bak der og kan høre det allikevel, så jeg snakker anerkjennende om det 'Det er en viktig funksjon, de har helt konkret prøvd å beskytte deg fra' - altså snakke på en måte anerkjennende, selv om jeg ser at hovedpersonen da faller veldig sammen, så tror jeg nok at det er noen som får det med seg på innsiden allikevel, så jeg bare prøver å jobbe liksom anerkjennende."

Pasienten kan reagere ulikt på terapeutens forsøk på å komme i kontakt med de destruktive delene, især der en høy grad av fobi eller unngåelse er tilstede. I slike tilfeller er det spesielt viktig at terapeuten adresserer også dette dilemma svært direkte, men på en forståelsesfull og anerkjennende måte.

"Nei, jeg spurte veldig raskt. Jeg så jo en helt utsultet kropp [...] sånn at når jeg har spurt ting som jeg vet at provoserer veldig innover, så har jeg også kunnet holdt henne igjen og sagt 'Du, nå vet jeg at det er noen på innsiden som vil gå og finne vann fordi at du har sagt noe eller fordi at jeg har spurt om noe' og så fått kontakt med det på innsiden, hun har snakket innover og fått på en måte orientert henne og sagt at jeg skjønner det behovet og så har vi kunnet tenke rundt det som skjer [...]"

7.3.4 Metodikk / Verktøy

Samtlige terapeuter oppgir at de har en eklektisk tilnærming. I tillegg til en teoretisk grunnforståelse og psykoedukasjon brukes det flere ulike praktiske metoder i det kliniske arbeid.

"Og i de senere år så har det kommet veldig mye inn dette med fokus på kroppen, sånn at jeg har sånn som du sikkert kjenner til, så har jeg mye utdanning innenfor sensorimotorisk terapi f.eks. og EMDR og mye, hva skal jeg si, samtalebasert kroppsfokusert terapi og det har vært kjempenyttig. Og etter hvert, særlig EMDR og alt dette har liksom vært til veldig hjelp [...] som har vært nyttige i arbeidet fordi at du er nødt til å vite mer om hva du skal gjøre enn at du skal sitte og ha vanlige samtaleterapi når du jobber med alvorlig dissosiasjon. [...] Og etter hvert nå også fra nevro ikke sant, og hjerneforskning."

Terapeuten gir uttrykk for at dissosiasjon krever et bredt repertoar av både kunnskap og metoder som går utover det hun betegner som vanlig samtaleterapi. Flere terapeuter beskriver et bredt tilfang av fascetterte behandlingsmåter og perspektiv, dog innebærer alle en grunnforståelse om strukturell dissosiasjon supplert med ulike kroppsfokuserte behandlingsmetoder, konkrete minnebearbeidingsmetoder som EMDR og nyere kunnskap fra andre fagfelt som nevropsykologi.

"Ja, det er, blir jo veldig sånn eklektisk. Så jeg føler nå at jeg er en salig blanding i den måten jeg jobber på, med dynamisk, kognitivt og så jobber jeg jo med en del sånne konkrete teknikker som EMDR, IRRT og disse minnebearbeidingsteknikkene og mange av dem kommer jo av den kognitive verden. [...] så må du jobbe med hva det er som blir trigget, må virkelig undersøke hva er det som trigges [...] a propos kognitiv eller atferdstilnærmingen da, at vi rett og slett hadde prøvd å eksponere gradvis, mens hun kan orientere seg."

Arbeid med trigger er en vesentlig del og i tillegg vil en utviklingspsykologisk perspektiv være til nytte i forståelsen av hvordan tidligere opplevelser har påvirket pasientens utvikling.

"Det er i det hele tatt så mye av den nye kunnskapen som støtter opp om hva vi egentlig kanskje har skjønnet og tenkt tidligere, men som vi nå får enda dypere erfaring på, så det er veldig interessant. [...] Mange av de har virkelig ikke hatt foreldre eller nære viktige personer som har hjulpet dem liksom til å ordne seg på en best mulig måte. De har jo tvert imot ødelagt mye for den utviklingen."

Dette perspektivet utdypes av en annen terapeut, som opplever at en utviklingspsykologisk forståelse er godt forenelig med traumeforståelse og især teorien om strukturell dissosiasjon.

"Så nå tenker jeg at jeg har veldig tungt inne den forståelsen, utviklingspsykologiske forståelsen fra disse ja, Winnicott og de her Klein og. Men nå i kombinasjon med mer sånn spesifikk teori om strukturell dissosiasjon. Jeg tenker at de to modellene også kan fungere ganske komplementært, at forståelsen er fint og det inter-psykologiske aspektet med utviklingspsykologien, mens her er det jo veldig sånn intra-psykologisk tungt, veldig mye fokus på det som skjer på innsiden."

Den eklektiske tilnærmingen og tilgangen til ulike metoder og konkret verktøy er ikke bare givende i arbeidet med pasienten i terapirommet, men også nødvendig for å kunne gi pasienten flere måter å håndtere seg selv og sitt indre på. I tillegg vil pasienten få nytte av å kunne øve seg på og ta i bruk ulike metoder i møte med forskjellige utfordringer utenfor terapirommet.

"[...] at man da har noe annet å ty til og det kan være alt fra grunningsøvelser, æhm grenseøvelser, sentrering, æhm mindfulness altså sende vennlighet innover istedenfor disse destruktive ordene som bombarderes i hodet, så det kan være å på en måte jobbe med å lage et arsenal av ressurser hos pasienten som de kan gradvis prøve littegran i små triggende situasjoner [...] Så det metodespesifikke tror jeg handler om å bidra til at man får til det indre samarbeidet"

7.4 Tema 4: Muligheter

Selvskading blant pasienter med en dissosiativ identitetslidelse er et krevende og som oftest langvarig prosjekt. Selvskading er bare en del av denne komplekse og sammensatte lidelsen og terapeuten er nødt til å være godt rustet for å kunne nærme seg både selvskading og arbeidet med lidelsen generelt. Allikevel gir samtlige terapeuter uttrykk for at de opplever arbeidet med denne pasientgruppen generelt som svært meningsfullt og givende.

7.4.1 Et viktig arbeid

Samtlige av terapeutene blir berørt på ulike måter i møte med denne pasientgruppen. Mange opplevde at en mangel på forståelse og kompetanse om denne lidelsen kunne medføre forvirring og hjelpeløshet hos terapeuten. Allikevel var nettopp denne opplevelsen en bidragende faktor til å fortsette å jobbe med denne pasientgruppen.

"Også at de blir ofte- dette er jo pasienter som kan være, altså hvis man ikke har en teori for å forstå, så er det veldig vanskelig å forstå. Og at de ofte får veldig vonde møter med hjelpeapparatet. Misforståtte møter, vonde møter."

Mangel på kunnskap og forståelse i møte med helsevesenet har vært en gjenganger for de fleste pasienter, noe som kan ha mangfoldige uheldige konsekvenser for dem. Flere av pasientene følgende terapeut har møtt har blitt feilaktig diagnostisert og feilmedisinert over en lengre periode. I tillegg gir terapeuten uttrykk for en generell mangel på kompetanse for denne pasientgruppen:

"Og vi ser jo også at folk kommer langveis fra for å få den hjelpen [...] hvor mange også sier at de har- ikke sant, de har vært i behandling i så mange år og ikke blitt- fått hjelp og noen har jo også fått veldig (...) som er tungt medisinert i mange år og beskriver at de har mistet, ikke sant, mistet helt førligheten av det meste og følt seg mer som sånne zombier. Nettopp også for det de ikke har blitt (...) altså det har blitt forstått som noe annet, altså jeg tenker at det blir jo litt."

Mange pasienter kan dessuten ha opplevd å bli møtt feilaktig i forbindelse med selvskading.

"Og det var både spennende og veldig krevende og så provoserende - og ikke provoserende i det at de kuttet seg, men det var noe som var veldig underlig i hvordan de ble møtt og forstått blant personalet [...] Og så så jeg på en måte en sånn analogi-aktig i disse damene som gikk rundt og som ikke fikk til å si noe og som ikke fikk lov til å si så mye heller, så prøvde de å gjøre det på huden og så ble det oversett eller så ble de straffet for det eller."

Samtlige terapeuter gir uttrykk for at denne mangelen på kunnskap og praktisk hjelp medfører en motivasjon og et engasjement for nettopp å bidra til å gi disse pasientene den hjelpen de trenger.

"Og jeg opplevde veldig at det å få en hjelp til å forstå henne da, gjorde at liksom verden åpnet seg både for henne og for meg egentlig, og at det ble veldig, det ble liksom nesten en sånn idealistisk prosjekt, det å skulle bidra til at samfunnet ser denne pasientkategori- altså denne pasientgruppen bedre. Æh og ikke minst bidra til å heve kompetanseutvikling sånn at folk for det første oppdager at det er den type pasienten jeg har med å gjøre men også hjelp til hva gjør man da, når man har med den pasienten å gjøre."

7.4.2 Et givende arbeid

Til tross for at selvskading kan være en langvarig og pågående problematikk rapporterer samtlige av terapeutene om at det skjer en gradvis bedring til et punkt der det, i mange tilfeller, ikke er noe forekomst av selvskading lenger. Terapeutens tro på bedring er en viktig faktor i tilnærmingen til både selvskading og dissosiativ identitetslidelse generelt. Som regel vil pasientene stille med en stor grad av ressurser og evne til mestring.

"Mange kan kanskje litt- for å tenke på la oss si pasienter med psykiske problemer som er veldig sårbare og pjuskete og ja, at de ikke tåler så mye og sånn og det er, altså de har da virkelig tålt altfor mye allerede, så det er ikke det at de skal tåle så mye heller, men samtidig så har de jo, alle har jo overraskende mye ressurser og alle har overraskende hva skal jeg si, evner eller kapasitet til å kunne heles godt igjen. Bare de får litt drahjelp til det."

Flere terapeuter forteller om at de opplever arbeidet med denne pasientgruppen generelt som et krevende og utfordrende og samtidig spennende og fascinerende arbeid.

"Så det synes jeg er fascinerende med akkurat det med dissosiasjonsproblematikk at det er akkurat som at det har ligget på vent noen utviklingsmuligheter, hva skal jeg si, som har blitt stoppet eller som ikke det har vært plass til, som det ikke har vært mulig å hente fram og som - jeg vil ikke si at du bare skal knipse og så kommer de - men jeg sier at de er der, det er en slags sånn stor pott liksom av noe som er nesten ferdig utviklet og som man liksom kan samle og rydde på plass og få til å fungere godt sammen i en helhet."

Flere terapeuter beskriver at deres rolle i arbeidet med pasientene er en viktig del av pasientenes videreutvikling, noe som samtlige terapeuter opplever som svært verdifullt og motiverende. Pasientens ressurser og inneboende muligheter blir en drivkraft for terapeuten i den lange prosessen mot bedring.

"Jeg var - vi var på konferanse [...] da var det en som [...] som han, han liksom opplevde at han kom i berøring med noe utrolig verdifullt, ikke sant. Altså en stjerne som ikke har fått lov å skinne da. På en måte, m-hm. Og det er noe av det jeg kan kjenne på, som gir kanskje noe drag i motivasjon for å kunne stå i dette uke etter uke etter uke fordi jeg har hatt flere av mine individuelle pasienter i mange år."

8 Diskusjon

8.1 I møte med DID

Terapeutene i denne undersøkelsen stilte med ulike erfaringsbakgrunn i sitt første møte med dissosiativ identitetslidelse. Noen var godt kjent med det teoretiske grunnlag for forståelsen av strukturell dissosiasjon, én terapeut hadde opparbeidet erfaring i generell behandling av traumatiserte pasienter og andre hadde ikke noe teoretisk ståsted spesifikt knyttet til dissosiative lidelser fra før av. Til tross for denne variasjonen beskrev alle terapeuter at sitt første møte med en DID-pasient etterlot et sterkt inntrykk og var utslagsgivende for å fortsette å arbeide med komplekse traumelidelser. Én terapeut berettet om at hennes vanlige metode, å snakke om traumeerfaringene ikke hadde ønsket effekt på pasienten sin, tvert imot. Dette understøtter anbefalinger om en faseorientert behandling der den første fasen innebærer

en tilstrekkelig stabilisering av pasienten før en adressering og bearbeiding av traumatiske opplevelser (Brand et al., 2011).

Dell (1989) påpeker at graden av mistenksomhet og skepsis blant fagpersonale overfor eksistensen av MPD / DID oversteg en profesjonell opptreden i den grad at den lite sannsynligvis kunne forklares av manglende kunnskap eller mistro om lidelsens forekomst og eksistens, men heller betegnes som en emosjonell reaksjon av overdreven karakter. En mulig forklaring for en oppskakende emosjonell opplevelse i terapeuten kan være en motoverføring (Bang, 2003) eller en form for proaktiv identifisering, inspirert fra det psykodynamiske perspektiv, som gir terapeuten et direkte innblikk i pasientens intrapsyriske opplevelse (Davies & Frawley, 1994 i: Brand, 2001). Samtlige terapeuter i denne undersøkelsen beskriver at de har blitt påvirket eller berørt på et emosjonelt plan: *"[...] jeg ble veldig berørt av henne på en eller annen måte. Æhm, ville så veldig gjerne. Altså hun hadde sånn ekstremt fæl historie og jeg ville så innmari gjerne at hun skulle møte noe annet."* Terapeuten blir påvirket av kompleksiteten i symptomene og de sterke historiene pasienten kommer med *"[...] og fikk da en ekstremt straff. Som er så utenfor vår andres fantasi [...]"* Ja. Jeg hører at det blir, ikke sant, det høres jo veldig ekstremt ut, men det er jo rett og slett så ekstremt det er da, m-hm." Det er interessant å se at terapeuten kommer med en mulig åpning for at det i noen tilfeller ikke er fullt mulig å få et grep rundt erfaringene pasienter kommer med fordi den rett og slett er utenfor forestillingsevnen. Kan det medføre en tvil om opplevelsene har funnet sted? Den teoretiske forståelsen av DID tar utgangspunkt i at jo alvorligere og mer langvarig traumer har funnet sted, desto større sannsynlighet for å utvikle en dissosiativ identitetslidelse (Van der Hart et al., 2006). Hva "alvorlig" og "langvarig" vil bety i praksis er beheftet med opplevelser som i lang tid har vært svært tabubelagt og er av dimensjoner som det er vanskelig å kunne begripe. Dette kan muligens ha vært en bidragende faktor til kontroversene rundt troverdigheten av minner om traumatiske opplevelser.

8.2 Den destruktive

Terapeutene beskriver et bredt spekter av selvskading. Én av terapeutene deler selvskading inn i direkte og indirekte former og oppgir at begge former forekommer hos denne pasientgruppen: *"Fordi de holder jo på med å skade seg langs det her veldig svære kontinuumet fra veldig sånn indirekte forsømmende til sånn kutting og kaste opp og rus og*

sånn". En inndeling i direkte og indirekte selvskading har vist seg å være nyttig (Sommerfeldt & Skårderud, 2009). Alvorligheten i selvskading kan variere i like stor grad. Allikevel vil noen av formene for selvskading medføre alvorlige konsekvenser for den generelle helsetilstanden.

Til tross for gradforskjeller i framturen av tegn på selvskading (arr, bandasjer osv.) beskriver terapeutene selvskading som et vanskelig tilgjengelig materiale. Tegnene utad gir bare et hint av det som står bak innad i pasienten: En sint, destruktiv del, også betegnet som kraft.

Utfordringene dette innebærer er mangfoldig. Hvordan få tilgang til materiale som den hverdagsfungerende delen som møter i terapi ikke er i kontakt med? Hvordan formidle at det er viktig å belyse et tema som blir holdt veldig skjult og diskret? For det ene opplever samtlige terapeuter at amnesi er knyttet til selvskadingsepisoder, noe som gjør det utfordrende å kunne utforske temaet sammen med pasienten. Amnesi er ett av hovedkjennetegnene for lidelsen (Coons & Milstein, 1990; Boon et al., 2006). For det andre vil pasienter som regel selv være lite tilbøyelige til å ville komme i kontakt med delen som forårsaker selvskadingen.

Terapeutene beskriver pasientens unngåelse som en fobi. Mangfoldig fobi for ulike aspekter er et sentralt element hos pasienter med en dissosiativ identitetslidelse og er knyttet til en unngåelse av å vedkjenne seg og ta inn over seg helheten og konsekvensene av de opplevde traumene (Van der Hart et al., 2006). Dissosiasjon hadde en viktig funksjon for pasienten tidligere og var med på å få pasienten til å klare å overleve og fungere videre i livet, så det kan virke kontrainuitivt å skulle gå inn for å nettopp adressere og nedrigge denne fobien som jo hadde en viktig funksjon tidligere. For de fleste pasientene har denne tidligere løsningen dog blitt til et problem i voksenlivet, blant annet i form av livstruende selvskading. I tillegg krever opprettholdelsen av denne tilstanden enorme ressurser av pasienten (Van der Hart et al., 2006).

Et sentralt element i tilnærmingen og adresseringen av selvskading er å få et innblikk i og en dialog med det indre landskap i pasienten, den indre dynamikken (Brand, 2001). Forståelsen av hvordan de ulike delene står i forhold til hverandre er sentralt for å kunne nærme seg selvskading som tema, slik Boon et al., 2006 illustrerer i sin selvskadingssyklus. Et for snevert fokus på de hverdagsfungerende delene terapeuten møter på i terapirommet er u hensiktsmessig, likeså en forventning om at pasienten vil kunne utelate å skade seg selv ved hjelp av en direkte oppfordring (Anstorp et al., 2006). Selvskading spiller en sentral rolle i opprettholdelsen av fobien for ulike aspekter ved tidligere traumer og et forsøk på å ta det

bort fra pasienten uten å kunne tilby alternativer vil medføre en overveldelse av de følelsene, smerten knyttet til de traumatiske opplevelsene som selvskading prøver å få regulert (Brand, 2001; Anstorp et al., 2006; Boon et al., 2011).

8.3 En terapeutisk tilnærming

Samtlige terapeuter legger teorien om strukturell dissosiasjon (Van der Hart et al., 2006) til grunn for sitt kliniske arbeide og beskriver en tilsvarende forståelse av selvskading.

Terapeutene belyser et sammensatt funksjonsbilde av selvskading med en overordnet forståelse av at det har en *regulerende* funksjon. Denne reguleringen blir forstått som en måte å undertrykke overveldende følelser og kroppslige opplevelser fra traumatiske hendelser på. Denne overordnede forståelsen er i samsvar med generelle funn om selvskading og affektregulering (Sommerfeldt & Skårderud, 2009). Allikevel peker de fleste studiene på et bevisst forhold til selvskading, det vil si at personen gjennomfører en viljestyrt handling, noe som er vanskelig forenelig med opplevelsene terapeutene skildrer. Flere skildrer konkrete situasjoner der pasienter "våknet" eller "kom til seg" når selvskadingen hadde blitt gjennomført av den sinte delen. Selvskading kan i noen tilfeller være knyttet til dissosiasjon utenom en DID-lidelse, men vil da fortsatt innebære en grad av bevissthet som gjør at pasienten kan gjøre rede for hendelsesforløpet (Sommerfeldt & Skårderud, 2009).

Samtlige terapeuter opplever at måten selvskadingen blir møtt på er av stor betydning og at det er svært viktig å ikke framstå som moraliserende overfor pasienten. Øverland (2006) beskriver at mange pasienter med andre former for psykiske lidelser og en selvskadingsproblematikk har hatt uheldige møter med helseapparatet, der de ble møtt med unngåelse eller til og med avsky. Også terapeutene i denne studien beretter om pasienter som har hatt et uheldig løp i helseapparatet. Når forståelsen er fastlåst vil dette gjenspeiles i relasjonen mellom terapeut og klient (Øverland, 2006). Behandlerens tilnærming og forståelse er dermed sentralt for det videre forløpet: *"Så det ser jeg - det vil sikkert kollegaene mine si også - at man med én gang du kommer inn og har hva skal jeg si den innstillingen da og holdningen til at disse ulike formene for selvskadingen har vært til hjelp, så får du en helt annen mulighet til å være med i en endringsprosess"*. En slik overbevisning er svært viktig å hvile på i tilfeller der pasienten reagerer negativt på en respektfull og anerkjennende tilnærming: *"[...] så jeg snakker anerkjennende om det 'Det er en viktig funksjon, de har helt*

konkret prøvd å beskytte deg fra' - altså snakke på en måte anerkjennende, selv om jeg ser at hovedpersonen da faller veldig sammen, så tror jeg nok at det er noen som får det med seg på innsiden allikevel, så jeg bare prøver å jobbe liksom anerkjennende." Det betyr at det kreves av terapeuten å være årvåken, svært fintfølelse og i stand til å klare å tematisere prekære temaer på en empatisk måte og samtidig forholde seg til flere deler i personen på én gang. Disse krav gjenspeiles i samtlige terapeuters utsagn om at arbeidet med denne pasientgruppen er spennende, men krevende. Ikke minst kreves det at terapeuten stiller med svært bred og sammensatt kunnskap og metodikk. Terapeutene beskriver deres behov for en utvidelse av teorien de legger til grunn i sitt praktiske arbeid. Samtlige har diverse videreutdanninger i blant annet EMDR og sensorimotorisk terapi. Slike verktøy er essensielle i løpet av den første fasen av behandlingen og danner grobunn for eventuell senere eksponering og konkret minnebearbeiding med en mer eller mindre komplett integrasjon av alle deler som hovedmål (ISSTD, 2011).

8.4 Muligheter

Terapeutene gir uttrykk for en uheldig konsekvens av at diagnosen lenge har blitt omdiskutert og kontrovers: mangelen på utdanning og opplæring innenfor traumebehandling, især behandling av dissosiativ identitetslidelse. Pasientene er de som bærer på følgene ved å bli møtt på uheldige måter, misforstått og feildiagnostisert (Dell, 1989), men også behandlere som møter på et symptombilde de ikke har nok forståelse for for å kunne opprette en meningsskaping og målrettet behandling.

Selvskading er en del av en større helhet, men ikke desto mindre et viktig aspekt å forholde seg til i møte med DID-pasienter. Selvskading kan ta svært alvorlige og dramatiske former og til tross for at samtlige terapeuter opplever en bedring er det et tidkrevende prosjekt, da bedringen som regel ikke inntreffer før etter 1 - 2 år. Terapeutene står i et krevende behandlingsforløp, som både er langvarig (noen av terapeutene har hatt pasienter i mange år), emosjonelt krevende, men samtidig svært engasjerende. Bedringsprosessen er heller ikke lineær og det må påberegnes tilbakefall: *"men det som er interessant skjer, selv om du da har fått til denne formidlingen og det har blitt en endring i atferden, så kan du da oppleve tilbakefall fordi det er så automatisert. Så jeg kan snakke med en sint del da noen uker senere og så sier de at, er lei seg over at de sprakk på en måte. Det er litt sånn som med alkohol, at*

man er fortvilet over at man sprakk da. Og da må man jobbe med det, at ikke det blir skamfullt og at ikke det, at man liksom igjen skaper håpet om at det er mulig å få kontroll da." Terapeutenes beskrivelser av deres utspring av motivasjon og engasjement til å jobbe med denne pasientgruppen bærer preg av en urokkelig tro på bedring og et svært respektfullt bilde av en gruppe mennesker med stort potensiale. Kan det hende at terapeuten er nødt til å ha en optimisme til de grader for å i det hele tatt kunne jobbe med denne pasientgruppen og klare å stå i det over lengre tid? En av terapeutenes utsagn kan tyde på det *"Og det er noe av det jeg kan kjenne på, som gir kanskje noe drag i motivasjon for å kunne stå i dette uke etter uke etter uke fordi jeg har hatt flere av mine individuelle pasienter i mange år."* Flere behandlere beskriver en forminskert grad av emosjonell berørthet i møte med pasientene når de etter hvert har fått et bredere erfaringsgrunnlag sammenlignet med sine første møter med denne pasientgruppen. *"Men jeg, jeg har, nå har jeg fått så mye tilbakemelding fra de jeg har individuelt og at, at det som gjør at jeg får tillit til henne er at jeg ikke blir så oppspilt av det, ikke sant, at jeg ikke dras så inn i deres verden, det har gjort at de har fått tillit til meg. Så jeg tror på en måte det er en sånn, det profesjonelle ståstedet, ved å ikke bli, ikke agere så mye, ikke sant."* Terapeuten påpeker viktigheten av å opprettholde et profesjonelt ståsted og distans i møte med pasientens til dels dramatiske historier og selvskadingssymptomer. Spesielt i møte med de/n sinte er dette viktig, da denne delen som oftest går inn for å bekjempe terapeutens forsøk på å komme i kontakt på flere måter for å opprettholde sin beskyttende funksjon og ikke gi plass til (barne)delene i forventning om å få én av to reaksjoner: å gjøre andre redd eller oppgitt og lei (Anstorp et al., 2006).

9 Konklusjon

Formålet med denne studien har vært å undersøke hvordan terapeuter forstår og forholder seg til selvskading hos pasienter med en dissosiativ identitetslidelse. Terapeutene som deltok i denne studien tegner tidlig et komplekst og sammensatt bilde av selvskading. Hvordan kan selvskading defineres hos denne pasientgruppen? Med utgangspunkt i terapeutenes opplevelse av selvskading som et vanskelig tilgjengelig materiale ville det være uhensiktsmessig å definere selvskading som en bevisst og viljestyrt handling. Allikevel finner noen av terapeutenes refleksjoner gjenklang i foreliggende forskningslitteratur. En overordnet forståelse av funksjonen i selvskading, mer spesifikt regulering, er et viktig utgangspunkt for å møte pasienten på en verdighetsskapende og anerkjennende måte. Selvskading blir

beskrevet som et vanskelig tilgjengelig tema, der terapeuten opplever å måtte finne veien gjennom en svært elaborert fobi. Ikke minst medfører graden av alvorlighet i selvskadingen at det er viktig å kunne adressere og tematisere. Selvskading er dog bare en del av en større sammensatt og kompleks helhet, som krever en solid teoretisk kunnskap om lidelsen DID og tro på det terapeutiske prosjektet for å kunne evne å stå i det som regel mangeårige terapiforløpet. Dissosiativ identitetslidelse har de siste årene blitt viet økt oppmerksomhet og det synes å bli mer og mer tilrettelagt for en behandlingsmodell spesielt tilpasset til denne pasientgruppen. Nyere forskning på både selvskading og dissosiativ identitetslidelse er et uttrykk for at tiden er moden for en nytenkning og økt grad av kunnskap om traumelidelser generelt.

Litteraturliste

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen, M. (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Axelsen, E. D. (2009). *Symptomet som ressurs: psykiske symptomer og psykoterapi*. Oslo: Pax Forlag.

Muehlenkamp, J., J., Bagge, C., L., Tull, M., T. & Gratz, K., L., (2013). Body Regard as a Moderator of the Relation between Emotion Dysregulation and Nonsuicidal Self-Injury. *Suicide and Life-Threatening Behaviour* 43(5),479-93.

Batey, H. M., May, J. & Andrade, J. (2010). Negative Intrusive Thoughts and Dissociation as RiskFactors for Self-Harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(1), 35-49.

Boon, S., Steele, K. & Van der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation: Skills training for patients and therapists*. New York: W.W. Norton & Co.

Brand, B. L. (2001). Establishing Safety with Patients in Dissociative Identity Disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(4), 133-155.

Brand, B., Myrick, A. C., Loewenstein, R. J., Classen, C. C., Lanius, R., McNary, S. W, ... Putnam, F. W. (2011). A survey of practices and recommended treatment interventions among expert therapists treating patients with dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(5), 490-500.

Brand, B. (2012) What We Know and What We Need to Learn About the Treatment of Dissociative Disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(4), 387-396.

Dell PF. (1989). Professional skepticism about multiple personality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 528–531.

Dell, P. F. (2006). A New Model of Dissociative Identity Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 1-26.

Dimeff, L. & Linehan, M.M. (2001). Dialectical Behavior Therapy in a Nutshell. *The California Psychologist*, 34, 10-13.

Eid, J. & Herlofsen, P. H. (2004). Posttraumatisk stressforstyrrelse i DSM- og ICD-systemene: Implikasjoner for forskning og behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 8(41), 620-627.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., David F. Williamson, ... Marks, J. S.(1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-58

Gillig, P. M. (2009). Dissociative Identity Disorder: A Controversial Diagnosis. *Psychiatry (Edgemont)*, 6(3), 24–29.

Helsedirektoratet (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading (2014-2017)*. http://www.regjeringen.no/pages/38689890/handlingsplan_selvmord_300414.pdf

International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011): Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4), 115-187.

Kvale, S. (2007). *Doing Interviews*. London: Sage.

Klonsky, E. D. & Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 192, 166 – 70.

Lipschitz, D.S., Winegar, R.K., Nicolaou, A.L., Hartnick, E., Wolfson, M. & Southwick, S.M. (1999). Perceived abuse and neglect as risk factors for suicidal behavior in adolescent inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(1), 32-39.

Lynch, S. M., Forman, E., Mendelsohn, M. & Herman, J. (2008). Attending to Dissociation: Assessing Change in Dissociation and Predicting Treatment Outcome, *Journal of Trauma & Dissociation*, 9(3), 301-319.

Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E. J., Corcoran, P., Fekete, S., ... Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) Study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667 – 77.

McAllister, M. (2003). Multiple meanings of self-harm: a critical review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 177 – 85.

Moe, A. & Ribe, K. (2007). *Selvskadningens dynamikk*. Oslo: Universitetsforlaget

Nijenhuis, E. R. S. & Van der Hart, O. (2011). Dissociation in Trauma: A New Definition and Comparison with Previous Formulations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4), 416-445.

Rieber, W. (2002). The duality of the brain and the multiplicity of minds: can you have it both ways? *History of Psychiatry*, 13(49), 003-17.

Romans, S.E., Martin, J.L., Anderson, J.C., Herbison, G.P., Mullen, P.E. (1995). Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *American Journal of Psychiatry* 152(9), 1336-1342.

Ross, C. A. & Ness, L. (2010). Symptom Patterns in Dissociative Identity Disorder Patients and the General Population. *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(4), 458-468.

Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage Publications Ltd.

Sommerfeldt, B. & Skårderud, F. (2009). Hva er selvskading? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 8(129), 754-758.

Van der Hart, O. & Friedmann, B. (1989). A Reader's Guide to Pierre Janet: A Neglected Intellectual Heritage. *DISSOCIATION*, 2(1), 3-16.

Van der Hart, O. & Horst, R. (1989). The Dissociation Theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 1-11

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: W. W. Norton.

Van der Kolk B. A., Perry J.C. & Herman J.L. (1991). Childhood origins of self destructive behavior. *American Journal of Psychiatry* 148(12), 1665-1671.

Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*, 3rd edition. Berkshire: Open University Press.

World Health Organization (1992). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer (Statens helsetilsyn)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Appendiks 1 - Forespørsel om deltakelse

Forespørsel om deltakelse

Forespørsel om deltakelse i intervju i hovedoppgaveprosjektet "Selvskading hos pasienter med en dissosiativ identitetslidelse (DID) - tilnærming og forståelse".

Bakgrunn og hensikt:

Jeg er student ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo og går på siste året på profesjonsstudiet i Psykologi. Jeg er nå i gang med mitt hovedoppgaveprosjekt, som omhandler hvordan behandlere nærmer seg, belyser og forstår selvskadingsproblematikk blant pasienter med en dissosiativ identitetslidelse (DID).

Formålet med undersøkelsen er å samle kunnskap om hvordan fenomenet selvskading framstår i den utvalgte pasientgruppen, samt hvordan det kan forstås og rommes i en behandlingssetting. DID og beslektede dissosiative lidelser har inntil nylig fått lite faglig anerkjent fokus. Denne type lidelse har vært svært omdiskutert, til tross for at den inngår som egen diagnose i DSM og ICD-10.

Problemområdet jeg fokuserer på, selvskadingsproblematikk, har fått større faglig oppmerksomhet i den senere tid. En har undersøkt både forståelse og behandling av fenomenet blant ulike pasientgrupper. I de fleste av studiene etterlyses dog et representativt utvalg av pasienter med en dissosiativ identitetslidelse.

Dette prosjektet kan gi et utgangspunkt i videre diskusjoner om hvordan selvskading blant denne pasientgruppen kan forstås og hva slags tilnærming som kan være mest hensiktsmessig. Informasjonen som kommer fram i denne studien kan bidra til videre faglig utdypning og utforsking og ikke minst bidra til å underbygge et større fokus på DID som allmennfaglig akseptert lidelse.

Ditt bidrag:

Informasjonen som denne undersøkelsen vil basere seg på vil være semistrukturerte kvalitative intervju. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd og transkribert i etterkant. Når transkriberingen er gjennomført vil lydmaterialiet bli slettet.

Jeg ønsker å sette av inntil 2 timer til intervjuet og det vil bli gjennomført på et tidspunkt og sted som passer deg. Intervjuprosessen er planlagt gjennomført innen sommeren 2014. Dine opplysninger blir anonymisert og er underlagt taushetsplikt. De skal kun brukes til dette prosjektet. Deltakelse er frivillig og du kan på hvilket som helst tidspunkt trekke deg uten å avgi grunn.

Informantene er valgt ut basert på deres kompetanse innen et avgrenset fagområde og grad av erfaring i behandling av den aktuelle pasientgruppen. Mitt utgangspunkt var Traumepoliklinikken Modum Bad i Oslo og deretter videre referanse til andre behandlere.

Jeg håper at du kan tenke deg å delta i denne studien og dele din erfaring som bidrag til å sette søkelys mot denne pasientgruppen og en del av problematikken denne lidelsen

medfører.

Kontaktinformasjon:

Student:

Carmen Torres
Alexander Kiellands Gate 14 A
2000 Lillestrøm

Email: carmen2608@gmail.com
Tlf: 95 03 61 33

Veileder:

Prof. Svein Mossige
Psykologisk Institutt
Harald Schjelderups Hus
Forskningsveien 3A
0317 Oslo

Email: sveinmos@psykologi.uio.no
Tlf : +47-22 84 52 06

Appendiks 2 - Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg samtykker i å bli intervjuet av Carmen Torres om min tilnærming til, forståelse av og erfaringer med selvskadingsproblematikk hos pasienter med en dissosiativ identitetslidelse (DID).

Jeg er informert om at informasjonen om meg og mine uttalelser blir anonymisert. Videre er jeg informert om at intervjueren har taushetsplikt og at lydopptaket slettes etter bruk.

Jeg er informert om at min deltakelse er frivillig og at jeg ved ethvert tidspunkt kan trekke meg.

Jeg har fått skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet og er villig til å delta i studien.

Sted..... Dato..... Navn.....

Kontaktinformasjon:

Student:

Carmen Torres
Alexander Kiellands Gate 14 A
2000 Lillestrøm

Email: carmen2608@gmail.com
Tlf: 95 03 61 33

Veileder:

Professor Svein Mossige
Psykologisk Institutt
Harald Schjelderups Hus
Forskningsveien 3A
0317 Oslo

Email: sveinmos@psykologi.uio.no
Tlf : +47-22 84 52 06

Appendiks 3 - Intervjuguide

Intervjuguide

Takk for at du vil ta deg tid til å delta på dette prosjektet.

Temaet for prosjektet er "Selvskading hos pasienter med en dissosiativ identitetslidelse (DID) - tilnærming og forståelse".

DID er en omdiskutert diagnose, til tross for at den lenge har eksistert i diagnosemanualene DSM og ICD-10. Selvskading kan være en betydelig del av problematikken i denne lidelsen. Fenomenet selvskading er blitt mer omtalt i Norge de siste årene. Jeg vil i denne studien undersøke hvilke erfaringer du har med selvskading i denne pasientgruppen. Det vil si at jeg har valgt å avgrense min oppgave til utelukkende å gjelde pasienter som oppfyller de diagnostiske kriteriene for denne lidelsen. Jeg er interessert i din praksisnære erfaring og vil gjerne høre litt om hvordan du forstår fenomenet selvskading og i hvilken grad eller hvordan dette blir tematisert i behandlingsforløpet.

Intervjuspørsmål

Din bakgrunn

- Kan du fortelle meg litt om din utdannings- og yrkesbakgrunn?
- Hvor lenge har du jobbet innen psykisk helsevern?
- Hvilken teoretisk forankring baserer du deg på?
- Hvor lenge har du jobbet med klienter som har denne lidelsen?

Ditt møte med DID

- Hvorfor har du valgt å jobbe med denne pasientgruppen?
- Kan du, såvidt du husker det, fortelle meg litt om ditt første møte med en klient som hadde en dissosiativ identitetslidelse?
 -

- Er det noen elementer som du opplever som spesielt utfordrende i møte med denne klientgruppen generelt?
 - Er det noe du opplever som spesielt utfordrende for deg?
- I hvilken grad har ditt syn på utfordringene forandret seg siden ditt første møte?

DID og selvskading

- Har du noen erfaringer i møte med klienter som skader seg selv mens de går i behandling hos deg?
- Kan du fortelle om hvordan selvskadingen framstod hos en eller to av de klientene du tenkte på nå?
 - Så du tydelige tegn på selvskading?
Nevnte pasienten selv at han / hun skadet seg selv og hvordan?
- Hvordan nærmet du deg det at pasienten skadet seg selv?
 - Hva sa du?
 - Hvordan reagerte klienten?
 - Hvis du lot temaet ligge: Var det et bevisst valg? Var det noe ved deg og / eller pasienten som gjorde at du ikke nærmet deg det? Ble det bare slik?
- Ble dette tematisert videre i behandlingsforløpet?
 - Hvis ja, hvorfor?
 - Hvordan?
 - Hvis nei, hvorfor ikke?
- Hvordan forstår du det at klienten/e skadet seg selv?
 - Har måten klienten/e skadet seg på en betydning for din forståelse av hvorfor han / hun skader seg?
 - Tenker du at det hadde en funksjon?

- På hvilken måte vil din forståelse av selvskading påvirke det videre behandlingsforløpet?
- Hvilke utfordringer kan være knyttet til din måte å møte dette på?

Appendiks 4 - Utdrag fra dataanalysen

<u>Utfoldende tema</u>	<u>Transkript</u>	<u>Kommentering</u>
En metaforisk forståelse Symbollik	<i>"Æh så det er nok noe av det jeg husker fra den tidlige fasen at æh, at det føltes så skjørt - jeg husker når hun brukte et bilde, hun sa at dette er mitt siste halmstrå. Så jeg følte veldig at jeg forvaltet det siste halmstrå til et menneske som jeg ble veldig, æh, (lavmælt) hvilket ord skal jeg bruke, jeg ble veldig ... jeg ble veldig berørt av henne på en eller annen måte. Æhm, ville så veldig gjerne. Altså hun hadde sånn ekstremt fæl historie og jeg ville så innmari gjerne at hun skulle møte noe annet. Æhm, så jeg tror det ble så viktig for meg at dette halmstrå skulle bli sterkere og at hun skulle liksom synes at det var meningen å leve for sin egen del da, ja. M-hm."</i>	<i>Opplever skjørhet - ved hvem / hva da? Hvordan uttrykkes den?</i> <i>Pasienten gir uttrykk for betydningen av terapien og behandleren / Håp fra pasienten pålagt terapeuten</i> <i>Reflekterer</i> <i>Blir berørt / Pasienten treffer noe i terapeuten</i> <i>Ville så gjerne / Vekker ønske om bedring i terapeuten i lys av historien</i> <i>Viderefører pasientens bruk av metafor / Hvor viktig ble det for terapeuten sammenlignet med pasienten?</i>
Følelsesmessig engasjement		
Terapeutens prosjekt		